TREIZIEME ANNÉE — N° 1 — SAMEDI 3 JANVIER 1891.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

DIRECTEUR : Dr A. CÉZILLY

Vice-président de l'Union des Syndicats,
Président de l'Association des Médecins de l'Oise.

ABONNEMENTS :

France et Etranger. . . . . **10 fr.**
Pour MM. les Etudiants, un an. **5 fr.**

Prix du numéro : 20 centimes.

Le CONCOURS MEDICAL est une association de Médecins qui s'est fondée en 1879, par l'initiative et sous la direction du Docteur Cézilly pour l'étude et la défense des intérêts professionnels. Elle compte aujourd'hui plus de 3,000 membres. Pour en faire partie, il suffit d'adhérer aux statuts, qui sont envoyés sur demande, et d'être présenté par un membre de la Société.

BUREAUX & ADMINISTRATION :
23, RUE DE DUNKERQUE (Place de la Gare du Nord.)

SYNDICATS.

Tout ce qui concerne la rédaction du *Bulletin des Syndicats* doit être adressé au *Concours médical*, 23, *rue de Dunkerque*. MM. les Secrétaires sont priés d'adresser les cotisations des *Syndicats adhérents à l'Union*, en un mandat-poste, à M. le Dr *Maurat*, secrétaire général-trésorier, à *Chantilly (Oise)*. Toutes les communications d'ordre général à M. le Dr *Mignen*, Président de l'Union, à *Montaigu (Vendée)*. Le Trésorier informe les Secrétaires des Syndicats qu'il fera percevoir par la poste, après avis, les cotisations en retard.

—

De l'honnêteté professionnelle, par le Dr PERRON.

On peut se procurer la brochure en adressant 1 fr. en timbres-poste à MM. Millot frères et Cie, 20, rue Gambetta, à Besançon (Doubs), ou aux bureaux du journal.

Nous ne saurions trop engager les Membres du Concours et surtout les dignitaires des Associations médicales à se procurer et à propager ce code de déontologie qui est rédigé sous la forme la plus attrayante. Tous les syndicats devraient en gratifier leurs membres. On ne peut trouver meilleur emploi d'une partie du fonds social.

—

DEMANDES-OFFRES.

N° 191. — A céder, clientèle considérable dans une jolie ville de 120.000 âmes. On exige un jeune homme, pourvu de titres qui le recommandent. Prix à fixer.

N° 192. — Clientèle ancienne dans l'Isère, en plaine ; 2.000 fr. de fixe environ, à prendre de suite. Sans rétribution.

N° 193. — Un membre du *Concours* demande une *sage-femme* recommandable pour un poste qu'il estime devoir produire deux mille à deux mille cinq cents francs d'honoraires. On peut s'en rapporter aux affirmatious de notre correspondant du département de l'Oise.

N° 193. — Maine-et-Loire. A céder, avec suite de bail, poste de médecin seul, situé près la gare d'une grande ligne de chemin de fer et de la Loire, dans commune de plus de deux mille habitants. — On fait la pharmacie.

N° 194. — Un membre du *Concours médical* du Finistère nous expose la fâcheuse situation de la veuve d'un médecin, dont le fils étudie la médecine. Madame X. désirerait trouver une situation de dame de compagnie qui lui permette de subvenir aux frais qui lui incombent. Son mari n'a jamais fait partie de notre Société, mais ce n'est pas une raison pour ne pas faire appel à nos lecteurs pour procurer à sa veuve la situation qu'elle recherche. Nous nous empresserons de lui faire part des propositions qu'on nous adresserait.

CORRESPONDANCE

Dr R., à M. (Meuse). — Nous n'avons pas encore reçu les adhésions promises par vos deux confrères. Leur signature est indispensable pour qu'on puisse les inscrire membres du Concours. Nous vous avons envoyé un certaiu nombre de numéros 51 qui exposent les œuvres de notre Société, afin que vous puissiez les utiliser pour la propagande que vous voulez bien faire eu notre faveur. Tous nos confrères devraient bien utiliser ce numéro, dans le même but.

Dr T., Quand on désire faire partie, comme vous, de la Caisse des pensions de retraite, il faut demander, si on ne les a pas, les statuts à M. le Dr Delefosse, 22, place Saint-Geor-

Treizième année — N° 1 — 3 Janvier 1891

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

VŒUX DE NOUVELLE ANNÉE

Chers confrères,

Le Conseil de Direction du *Concours médical* et la rédaction du journal vous expriment leurs souhaits de nouvelle année. Habitués, par une expérience de treize années, à ne pas compter sur les améliorations professionnelles pour lesquelles il nous faut réclamer l'intervention des pouvoirs publics et celle des législateurs, nous avons, heureusement, tourné nos regards du côté des œuvres médicales pour lesquelles les médecins peuvent se suffire, lorsqu'ils arrivent à se concerter.

C'est pourquoi, si nous faisons des vœux pour la revision de toutes les lois surannées qui nous régissent, nous en faisons bien plus pour la réussite des *associations entre médecins* que nous préconisons depuis longtemps. Si, par exemple, l'œuvre d'*indemnité de maladie* rencontre des obstacles, comme nous sommes convaincus de son excellence, nous ferons tous nos efforts pour les surmonter en 1891.

Nous examinerons avec attention la question, redoutable pour le médecin, de *l'Assistance médicale* et nous déterminerons avec précision jusqu'à quel point nous pouvons faire des sacrifices pour son établissement. Nous consacrerons tous nos soins au développement des œuvres du *Concours médical*. Notre travail sera fécond si votre assistance est assez énergique pour vaincre les difficultés qui s'opposent toujours aux innovations.

Le journal vous tiendra au courant du mouvement scientifique si curieux qui s'accomplit grâce aux travaux de l'école Pastorienne et à la spécialisation des diverses branches de la médecine.

L'esprit de solidarité médicale commence à s'éveiller ; nous avons sollicité ce réveil et l'avons utilisé pour améliorer la situation du praticien.

Nous souhaitons que l'année nouvelle soit prospère pour vous et que le Concours puisse mener à bien la tâche qu'il s'est imposée en vue de votre contentement.

A. C.

LA SEMAINE MÉDICALE.

Accidents produits par les boissons renfermant des essences (absinthe, amer, vulnéraire, etc.).

M. *Lancereaux*, qui a déjà beaucoup fait en France pour l'étude de l'alcoolisme, ajoute à ses travaux antérieurs une communication à l'Académie sur les dangers qui résultent de l'usage de plus en plus répandu des boissons alcooliques contenant des essences.

Beaucoup plus que les alcooliques, les individus intoxiqués par les essences ont des troubles de la sensibilité : sensations douloureuses dans les membres inférieurs au moment du sommeil, fourmillements, qui causent l'insomnie ; on constate chez eux une hyperesthésie des membres inférieurs qui tressaillent au moindre contact; plus tard l'anesthésie succède à l'hyperesthésie de ces régions et les réflexes patellaires sont souvent diminués. Il s'agit là de troubles symétriques localisés à l'extrémité des membres et remontant plus ou moins haut vers leur racine.

La pression au niveau du tronc sur les émergences nerveuses réveille de vives douleurs ; cette hyperalgésie existe aussi le long du rachis.

L'affaiblissement intellectuel et les troubles mentaux sont très accentués à une période avancée de l'intoxication. Les paralysies proprement dites s'observent plus souvent chez les buveurs de liqueurs à essences que chez les buveurs d'alcool, ou de vin.

Les femmes fournissent le plus fort contingent à l'intoxication par les liqueurs à essences (8 sur 10 cas).

Le dépérissement de l'organisme produit indirectement la phthisie : la moitié des phthisiques vus par M. Lancereaux étaient des buveurs.

M. Lancereaux propose à l'Académie d'attirer de nouveau l'attention des pouvoirs publics sur cette grave question en votant les conclusions suivantes :

1. Toutes les boissons qui renferment des essences, liqueurs ou autres, y compris le vermouth, sont des substances nuisibles à la santé et trop souvent mortelles, lorsqu'on en abuse pendant un certain temps.

2. La mortalité produite par ces boissons est excessive, en tout cas beaucoup plus grande qu'on ne serait tenté de le croire, car trop souvent les malheureux qui s'y adonnent sont emportés non par les phénomènes toxiques eux-mêmes, mais par la tuberculose qui résulte de ces excès.

3. Le moyen de remédier à ces inconvénients serait sans doute de limiter le débit des spiritueux et d'exiger des débitants des licences et une moralité reconnue, et enfin de frapper d'un impôt particulier, outre celui que paient déjà les alcools, tous les liquides renfermant des essences et qui ne sont en somme que des boissons de luxe toujours nuisibles et jamais utiles.

M. *Lagneau* a appuyé les conclusions de M. Lancereaux. Il croit qu'il serait en outre utile — pour réagir contre le préjugé commun aujourd'hui à tous les ouvriers que l'alcool leur est indispensable — de faire donner par les médecins inspecteurs des écoles aux enfants des deux sexes des notions d'hygiène, en insistant sur les conséquences funestes de l'alcoolisme.

M. *Laborde*, qui a démontré lui-même expérimentalement que les huiles essentielles sont plus toxiques que l'alcool, ne croit pas la distinction clinique entre les deux intoxications aussi facile que semble le dire M. Lancereaux par suite du mélange constant des essences diverses à des alcools plus ou moins impurs. M. Laborde doute de l'efficacité immédiate des remèdes légaux préconisés par M. Lancereaux ; les lois et surtout les lois sur l'alcool sont bien longtemps à produire un changement dans les mœurs d'un peuple. Il croirait plutôt à l'utilité d'expériences publiques mettant en évidence la toxicité des alcools et des huiles essentielles de manière à effrayer les spectateurs. Après des conférences faites par lui dans ce sens, certains buveurs d'alcool ont cessé de s'adonner à leur funeste passion.

Origine tellurique du poison des flèches des naturels des Nouvelles-Hébrides.

M. le Dr *Le Dantec*, médecin de la marine, nous apprend, dans un intéressant article des *Annales de l'Institut Pasteur*, que les naturels des Nouvelles-Hébrides (Océanie) et probablement ceux des îles Santa-Cruz et des îles Salomon empoisonnent leurs flèches avec de la terre des marais. Cette terre doit contenir le vibrion septique et le bacille du tétanos. La dessiccation au soleil tue rapidement le vibrion septique. Il ne reste donc que le microbe de Nicolaïer (microbe du tétanos) qui, grâce à ses spores, peut résister des mois et peut-être même des années. Le poison s'atténuant de plus en plus, les vieilles flèches finissent par devenir inoffensives. Cette diminution progressive de virulence caractérise les flèches de cette partie de l'Océanie. En Amérique et en Afrique, où les peuplades sauvages se servent de poison végétal ou du venin des serpents, on ne constate rien de semblable. Les indications thérapeutiques qui découlent de ces diverses notions et principalement l'antisepsie avec le bichlorure acidulé par l'acide chlorhydrique peuvent être précieuses pour les médecins de la marine en station ou en résidence aux Nouvelles-Hébrides.

De la tachicardie paroxytique essentielle.

M. *Debove* a présenté à la Société des hôpitaux

FEUILLETON

Ne quid nimis !

Nous avons en France des idées d'une délicatesse particulière sur tout ce qui touche à l'honneur ; nous sommes d'une susceptibilité étonnante à cet endroit. On s'est pour ainsi dire formé là-dessus des conceptions traditionnelles qui font en quelque sorte partie de notre caractère national.

Notre sentimentalité sous ce rapport n'est-elle pas un peu poussée trop loin ?... Quand il s'agit, par exemple, de dire ce que nous savons d'un scélérat, — je ne parle pas ici des médecins seulement, mais de tout le monde ; — quand il s'agit d'éclairer dame justice, nous tenons à honneur de ne rien dire...

Ce n'est pas, entendons-nous, que je veuille substituer à nos sentiments chevaleresques, au vieil honneur français, le sens grossier des Allemands ou des Anglais qui honorent la délation et qui la récompensent même généreusement.

Nous devons toutefois rendre cette justice aux premiers, qu'il est en ce moment question de supprimer dans la grande Allemagne les primes pécuniaires accordées au délateur sur chaque amende qui était infligée à ceux qu'il avait dénoncés. En Angleterre on ne paraît pas encore avoir cette pudeur-là. Il est à croire cependant que la race anglo-saxonne suivra ce mouvement et qu'elle n'a pas subi un arrêt dans ses développements moraux pour en rester à des qualités essentiellement mercantiles.

Quoi qu'il en soit, j'ai peur que nous ne versions parfois dans une pudibonderie exagérée en sens contraire et que nous n'obéissions à des scrupules de conscience qui sont déraisonnables et exagérés. Cela part d'un bon sentiment assurément ; c'est louable, distingué, généreux, tout ce qu'on voudra ; mais c'est excessif quand même. Et l'excès en tout est un défaut.

l'observation d'un cas de tachycardie paroxystique essentielle. Une jeune fille de 26 ans, sans antécédents héréditaires, souffre de palpitations depuis l'âge de 12 ans. Elle a eu trois crises de tachycardie ; la première, il y a huit ans ; la seconde, il y a cinq ans ; la troisième enfin, en octobre dernier. Le début de ces crises est subit ; la malade a du vertige, perd connaissance, puis, au réveil, est prise de palpitations violentes qui durent plusieurs jours. Le cœur bat deux cents fois à la minute ; pas de souffles cardiaques. La compression des pneumogastriques ne ralentit pas les battements qui sont assez intenses pour soulever violemment la paroi précordiale. La zone de matité cardiaque n'est pas augmentée. Le pouls radial et fémoral est imperceptible, le pouls carotidien est au contraire à peu près normal. Léger œdème des malléoles ; rate un peu grosse ; quelques râles disséminés dans la poitrine ; trente-six respirations par minute. Urine foncée avec traces d'albumine ; pas de sucre ; quantité des vingt-quatre heures : 800 à 900 grammes. Pas de goître, pas d'exophtalmie, pas de tremblement ; ni anesthésie, ni hyperesthésie ; aucun signe d'hystérie.

L'affection a présenté trois périodes distinctes : dans la première, il y a eu tachycardie sans asystolie ; dans la deuxième, tachycardie avec asystolie due à la fatigue du cœur ; la troisième est une période de déclin dans laquelle les phénomènes semblent s'amender progressivement.

Les caractères du pouls étaient remarquables : à la radiale et à la fémorale, en effet, il était à la fois incomptable et imperceptible. Le pouls peut être incomptable dans le goître exophthalmique, mais il n'est pas imperceptible. De même dans les autres tachycardies secondaires et plus particulièrement dans celles qui résultent d'une compression des pneumogastriques. Dans le cas de M. Debove il y avait à la fois accélération énorme des battements du cœur et abaissement considérable de la tension artérielle. Ce contraste entre l'énergie du cœur et la faiblesse de la circulation artérielle différencie nettement les tachycardies symptomatiques de la tachycardie qu'on peut nommer essentielle.

Dans un grand nombre d'observations déjà publiées sur ce sujet, on a noté une élévation assez considérable de la température. Chez la malade de M. Debove, elle s'est aussi fréquemment élevée à 39°. C'est là une fièvre nerveuse, comparable à la fièvre hystérique et à la fièvre du goître exophthalmique.

Chez cette malade il y a aussi de l'oligurie, de la polyurie et de l'azoturie. L'oligurie est due à l'abaissement de la pression artérielle. Quant à la polyurie consécutive, on l'a attribuée à la résorption des œdèmes ; mais elle a plus vraisemblablement une origine nerveuse. L'azoturie était considérable. Ainsi, le 26 octobre dernier, il y avait 800 grammes d'urine avec 34 grammes d'urée ; le 30 octobre, 1,600 grammes d'urine avec 43 grammes d'urée. Cette azoturie n'avait été jusqu'ici signalée par aucun auteur. Elle ne paraît explicable ni par le régime, car la malade ne prenait par jour qu'un litre de lait, ni par la température qui ne s'élevait que pendant peu de temps aux environs de 39°. Cette azoturie fut ensuite suivie d'une hypo-azoturie ; quelques jours plus tard, en effet, le taux de l'urée descendait à 7 grammes.

Dans deux observations seulement on avait déjà noté des phénomènes pupillaires. Chez la malade de M. Debove, il y eut du myosis. La constatation de ce signe est importante au point de vue pathogénique ; ce myosis montre, en effet, qu'on n'avait pas affaire à une névrose du pneumogastrique, bien que par ses autres caractères cette tachycardie pût être rattachée à une névrose de ce nerf. D'ailleurs une paralysie de ce nerf expliquerait l'accélération des battements du cœur, mais non l'abaissement considérable de la tension artérielle.

Il est donc rationnel de considérer la tachycardie dite essentielle comme une névrose bulbaire ou bulbo-spinale, car un trouble de ces centres nerveux peut seul expliquer les phénomènes indiqués : accélération des battements du cœur, abaissement de la pression artérielle, polyurie, albuminurie, phénomènes pupillaires, fièvre, etc.

M. *Huchard* partage absolument l'opinion de M. Debove sur la nature de la tachycardie essentielle et c'est aux mêmes conclusions qu'il est arrivé dans un travail publié le 13 août dernier. La

---

Je détache ceci du *Lyon Républicain* du 20 décembre 1890 :

M. Brouardel s'élève contre le reproche qui semble lui être fait de ne pas avoir fait parler Gabrielle sur le crime pendant son sommeil hypnotique. « Je me serais trouvé ici dans une singu-« lière situation, dit-il, si j'étais venu rapporter « des révélations surprises à l'accusée pendant « son sommeil ; c'est un rôle que, pour ma part, « je me refuse à jouer, et je crois pouvoir décla-« rer que mes honorables confrères, les docteurs « Motet et Ballet ici présents, eussent agi de mê-« me si on les avait invités à le faire. »

Marques d'approbation des docteurs qui, avec M. Brouardel, ont signé les conclusions du rapport médico-légal.

Magister dixit ; voilà ce que le maître aurait dit en Cour d'assises. Moi qui suis un auditeur bénévole, un vieil auditeur que l'autorité d'un maître, si grand qu'il soit, ne pourrait pas facilement entraîner, j'ai réfléchi, et je me suis demandé : « Mon illustre confrère a-t-il bien dit ce « qu'il voulait dire ? A-t-il parlé avec toute la « mesure que comporte la question qui lui était « posée ?... »

Car enfin je m'étais imaginé qu'un médecin expert ou délégué pour arriver à la découverte de la vérité devait employer tous les moyens d'investigation scientifique qu'il avait à sa disposition ; qu'il pouvait recourir honnêtement à toutes les finesses de l'interrogation, à des surprises et à l'imprévu, même à des piéges plus ou moins grossiers auxquels la friponnerie la plus habile se fait prendre ; en un mot, à tous les procédés que la loi morale et sa conscience ne réprouvent pas. Or, comme le sommeil magnétique, pour ceux qui y croient, est un de ces moyens parfaitement licites, puisqu'on l'emploie d'une façon ridicule, comme autrefois on faisait tourner les tables et les chapeaux, pourquoi n'en pas tirer tout ce que ce sommeil peut nous fournir ?

Que nos experts de Paris, MM. les Drs Brouardel, Motet et Ballet aient dit : « Nous n'attachons « pas d'importance aux révélations qu'un hypno-« tisé fait en rêve ; nous n'avons pas foi dans le sé-« rieux des contes fantaisistes d'une névrosée qui

tachycardie essentielle est une névrose bulbaire qu'on peut rapprocher de la maladie de Stokes-Adams, caractérisée par le pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes. Ces deux affections se terminent souvent par la mort subite.

Ce qui vient confirmer le siège bulbaire de la tachycardie essentielle, c'est la glycosurie qui s'observe assez souvent après les crises. L'abaissement de la tension artérielle est considérable et contraste avec l'énergie cardiaque dont le rythme est analogue au rythme fœtal; c'est là un phénomène que M. Huchard a déjà décrit sous le nom d'embryocardie.

M. Huchard a observé deux cas de tachycardie essentielle. Dans l'un il s'agissait d'une femme de 60 ans qui un jour, en se baissant, fut prise brusquement de palpitations telles qu'on put compter jusqu'à deux cent cinquante et deux cent quatre-vingts battements par minute. Il y avait en même temps une dyspnée extrême, de la cyanose, de l'œdème des membres inférieurs des vomissements. La crise dura trente-six heures environ et la terminaison se fit brusquement par la disparition subite de ces phénomènes. En un an, cette femme a eu sept ou huit crises analogues, pendant lesquelles la mort semblait imminente. Depuis trois ou quatre mois elles n'ont pas reparu. Le médicament qui semble avoir eu l'action la plus satisfaisante est la digitale que M. Huchard avait ordonnée à la dose assez considérable de 0 gr. 80 par jour. Mais cette action efficace de la digitale est niée par tous les auteurs ; la digitale, en effet, a complètement échoué dans la plupart des cas de tachycardie essentielle ; aussi faut-il se demander si, dans le cas présent, il n'y a pas eu simplement coïncidence de l'amélioration avec l'administration du médicament, et non effet direct de la digitale.

M. *Rendu* a soigné, à l'hôpital Tenon, une femme atteinte de tachycardie paroxystique chez laquelle la digitale ne donna aucun résultat. L'opium, au contraire, employé sous ses différentes formes (injections de morphine, laudanum, etc.) réussit très bien et la malade finit par guérir. Au moment des crises cette malade se cyanosait et les infiltrations étaient si rapides, le pouls était si petit que la mort semblait imminente. Au point de vue étiologique, le surmenage seul pouvait être accusé.

M. *Faisans* a observé deux cas de tachycardie dans la même famille ; la mère et la fille présentaient tous les symptômes notés dans l'observation de M. Debove. La jeune fille avait en outre depuis longtemps une grosse insuffisance mitrale ; mais ce n'est certainement point à cette lésion que les phénomènes de tachycardie devaient être attribués. Ceux-ci avaient débuté l'hiver dernier et avaient succédé à une grippe. Cette malade finit par mourir dans une crise. Après ces crises il y avait de la polyurie et de l'albuminurie. L'albuminurie datait d'ailleurs de plusieurs années. Il est à remarquer que cinq membres de la famille présentaient une albuminurie semblable ; ce sont d'anciens paludéens. L'opium, comme chez la malade de M. Rendu, procurait un soulagement considérable.

Chez la mère, les crises ont disparu depuis quatre ou cinq mois ; l'état général s'est amélioré, sans que cependant on puisse dire que la guérison est complète. Ici l'opium a complètement échoué et le valérianate d'ammoniaque semble seul avoir donné de bons résultats.

M. *Debove* a prescrit la digitale à sa malade, et les résultats semblent avoir été satisfaisants ; mais peut-être n'y a-t-il eu qu'une coïncidence. D'autre part, jamais il n'oserait donner une dose aussi forte que celle qu'indique M. Huchard, dans une telle affection où la syncope mortelle est à craindre. D'ailleurs, parmi toutes les observations de tachycardie essentielle, il n'y en a pas une qui ait porté sur un temps suffisamment long pour permettre d'affirmer la guérison complète et de vanter l'efficacité de tel ou médicament.

Quant au pronostic général de l'affection il varie suivant qu'on a affaire aux formes graves ou aux formes légères. Celles-ci se caractérisent par de petits accès peu intenses qui permettent une survie très longue. Ainsi M. Charcot rapporte le fait d'un individu atteint depuis longtemps de tachycardie et qui mourut à 80 ans d'une affection intercurrente. Dans les formes graves, au

---

« est endormie ou qui fait semblant de l'être, et « nous n'acceptons pas sans réserves ses déclara- « tions ou ses aveux, pas plus que ceux d'un en- « fant vicieux ; etc. » Ce serait très bien. Mais repousser à priori comme attentatoire à la dignité d'un commis de magistrat *ad hoc*, répudier comme ignoble le rôle d'un hypnotiseur, docteur ou non, lequel pourrait obtenir par des suggestions les aveux d'un criminel qu'il est chargé d'observer, de perquisitionner, d'interroger, etc., c'est à n'y plus rien comprendre.

En 1846, j'étais attaché à l'hôpital militaire de Metz. Un soldat y avait été envoyé en observation pour une rétraction tendineuse des doigts qui restaient énergiquement fléchis sur la paume de la main. Rien ne pouvait les redresser, ces doigts. On les eût brisés plutôt. Le vieux major était bien persuadé que le drôle simulait cette infirmité; Mais la simulation n'avait pas pu être démontrée. On avait beau surprendre le prétendu simulateur pendant son sommeil, la main restait fermée et le ressort ne se détendait pas.

Le docteur s'avisa d'éthériser notre homme, Celui-ci n'était pas encore au courant de la nouvelle découverte qui nous venait d'Amérique ; et il consentit à respirer quelques minutes de l'éther, pensant bien sans doute que ce remède serait impuissant à le guérir. Mais après quelques inhalations, il tomba dans le collapsus. La main s'ouvrit, et une palette solide y fut adaptée avec des bandes. Et quand le dormeur s'éveilla, il prit bien la chose : « Ah ! Monsieur le major, s'écria-t-il, vous m'avez sauvé la vie ! »

Était-ce donc déshonorer la profession que de recourir à la ruse en employant le sommeil artificiel pour découvrir la fraude ? Le médecin devait-il au préalable prévenir le simulateur de ses intentions, ou renoncer à son procédé d'investigation parce qu'il n'était pas absolument scientifique ? Doit-on admettre qu'il nous est permis d'anesthésier les fraudeurs, mais qu'il ne nous l'est pas de les hypnotiser ?

La question mérite un plus ample examen.

Dr PERRON.

contraire, il y a souvent mort subite et, quant à la guérison radicale, aucune observation n'est assez longue pour pouvoir l'affirmer.

M. *Huchard* ne propose pas la digitale comme médicament unique dans la tachycardie ; une fois seulement elle a semblé produire de bons effets, même employée à haute dose ; elle a du moins coïncidé avec l'amélioration. La digitale même est contre-indiquée dans l'embryocardie. Logiquement, on devait s'adresser, dans la tachycardie, aux agents capables d'augmenter la tension artérielle : éther, ergotine, caféine, qui agissent si bien dans les phénomènes d'embryocardie survenant, par exemple, dans le cours de certaines fièvres typhoïdes graves.

M. *Debove* dit que l'ergotine et la caféine ont échoué complètement dans son cas. D'ailleurs, les phénomènes d'embryocardie sont à rapprocher, mais non pas à confondre avec la tachycardie. Dans celle-ci on trouve, avec la rapidité des battements du cœur, une énergie considérable de ces battements, ce qui ne s'observe pas dans l'embryocardie. On ne retrouve donc pas dans l'embryocardie ce contraste frappant entre l'énergie de la contraction cardiaque et l'affaiblissement de la tension artérielle, qui est un des signes les plus remarquables de la tachycardie.

M. *Guyot* a eu de bons résultats avec la teinture de veratrum viride mais les effets du médicament doivent être surveillés de très près.

M. *Chantemesse* rappelle que, chez le cheval charbonneux, on observe cette disproportion considérable entre la force du cœur et la faiblesse du pouls dont M. Debove signale l'importance dans la tachycardie essentielle.

Le salicylate de mercure.

M. *Vacher* (d'Orléans) a lu à la Société de chirurgie une note sur un nouvel antiseptique, le salicylate de mercure, qu'il a étudié depuis le mois d'octobre 1887. Ce sel présente un pouvoir antiseptique aussi grand que celui du sublimé, sans en offrir les inconvénients : il pourrait donc le remplacer en chirurgie. La difficulté consistait à le rendre soluble dans l'eau, sans addition d'alcool, ni de chlorure de sodium. M. Vacher a triomphé de cet obstacle en obtenant le salicylate de mercure par double décomposition dans un mélange de sublimé, de salicylate de soude et d'eau. En effet, l'acide salicylique se porte sur le mercure et il se forme en plus du chlorure de sodium qui maintient stable la solution de salicylate de mercure. Cette solution n'est pas irritante, ne contient pas d'alcool et sert à divers usages, suivant son titre. Pour l'usage externe, elle peut être ainsi formulée :

Sublimé..................	1	gramme
Salicylate de soude......	2	—
Eau......................	1000	—

Si l'on veut une solution plus faible, on emploiera la suivante ;

Sublimé..................	1	gramme
Salicylate de soude......	2	—
Eau......................	5000	—

En injections hypodermiques, pour le traitement de la syphilis, M. Vacher injecte un centimètre cube de la solution suivante, qui lui a donné les meilleurs résultats :

Sublimé..................	1	gramme
Salicylate de soude......	2	—
Eau distillée............	100	—

Un centimètre cube contient un centigramme de salicylate de mercure. L'injection n'est pas douloureuse et ne s'accompagne jamais d'abcès. Enfin, à l'intérieur, on peut donner 15 à 20 grammes de la solution au 1/1000.

Le salol dans la diarrhée maremmatique.

M. le professeur Moncorvo (de Rio de Janeiro), qui exerçant dans un pays à endémie palustre a pu découvrir des faits intéressants, nous signale dans la *Revue des maladies de l'enfance* la fréquence de la diarrhée dans l'impaludisme et l'utilité du salol. Ce médicament a déjà rendu des services dans le choléra infantile ; c'est un agent médicamenteux digne de prendre place dans la thérapeutique infantile. Parmi les substances employées pour l'antisepsie intestinale dans le jeune âge, il se signale par une assez grande activité d'action et jouit de la plus parfaite innocuité même chez les nourrissons.

Chez nos petits malades les doses ont varié de 15 centigrammes à 2 grammes ; chez les nouveau-nés la dose de 15 à 20 centigrammes prise dans un julep a suffi ; pour les enfants au-dessous de deux ans, j'ai eu recours aux doses de 25 à 50 centigrammes ; enfin, au-dessus de 2 ans, les doses ont varié de 1 à 2 grammes selon la gravité du cas. Dans tous les cas le salol fut administré en suspension dans un julep gommeux que les enfants acceptent assez bien.

M. Moncorvo conclut de ses observations :

Le salol peut être considéré comme un précieux agent pour l'antisepsie intestinale chez les enfants de tout âge affectés d'entérite ou d'entéro-colite d'origine malarienne ;

Le flux intestinal s'atténue et disparaît dans un très court délai sous l'influence de ce médicament dont l'action désodorante des selles se révèle aussitôt après son administration ;

Les gaz, résultats des fermentations intestinales, ne se reproduisent plus tant que le salol exerce son action aseptique ; en même temps que cela les coliques et les vomissements ne tardent pas à disparaître ;

Le médicament, très bien reçu par les enfants de tout âge, n'a jamais produit chez mes petits malades le moindre phénomène toxique ;

Les doses employées ont varié de 15 centigrammes dans les vingt-quatre heures d'après l'âge et la gravité de chaque cas.

Perforation intestinale par des ascarides.

La *Revue générale de clinique et de thérapeutique* a publié un cas curieux observé par le Dr Hocker (de Munster, Alsace). Ce confrère, appelé auprès d'une vieille femme pour une prétendue hernie étranglée, trouva une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule dans la région inguino-crurale.

« Cette tumeur solidement implantée par sa base, était très dure et nullement sensible ; il était impossible de lui imprimer n'importe quel mouvement. Impossible aussi de découvrir la moindre altération de la peau ou des parties voisines. Cette tumeur était apparue subitement ; elle pouvait être ni une hernie, ni un ganglion

elle avait été un abcès en formation, il y aurait eu de la douleur, de la rougeur. Je laissai le diagnostic en doute, et j'ordonnai le repos au lit et des frictions avec un onguent au biiodure de mercure.

Je revis ma malade deux jours plus tard, c'est-à-dire le mardi, et constatai une légère rubéfaction centrale de la tumeur ; des cataplasmes furent ordonnés et deux jours après la tumeur fut ouverte. Il était sorti à peu près deux cuillerées de pus, lorsque je vis apparaître dans les profondeurs de la cavité une pointe rosée qui se démenait dans le petit lac de pus comme un beau diable, et j'amenai à la lumière du jour un magnifique ascaride de douze centimètres de long, tout vivant et bien portant. Il fut suivi par un second de sa race peu d'heures après et les trois jours suivants trois vers encore prirent le même chemin pour recouvrer la liberté. Quelques paquets de santonine suivis d'une bonne dose d'huile de ricin chassèrent *per anum* toute une pelote de parasites. Aujourd'hui ma malade est guérie, a bon appétit et conserve pieusement, sec et couché dans une boîte, l'intrus qui, le premier, a ouvert un passage si inusité à ses compagnons.

J'ai jugé le cas curieux, en ce sens que cinq ascarides, tous de plus de dix centimètres de longueur, aient pu perforer l'intestin et suivre les vaisseaux cruraux, sans que le moindre symptôme aigu se manifestât avant l'apparition du premier des parasites sous le tégument externe. »

MEDECINE PRATIQUE

Le rein mobile.

(*Causes, conséquences, diagnostic, prophylaxie*)

Il y a quelques années, le déplacement du rein — je dis du rein, car c'est presque toujours du rein droit qu'il s'agit — était encore considéré comme une rareté, sans doute parce qu'on ne le recherchait guère. Certains services dans les hôpitaux, toujours les mêmes, semblaient avoir le privilège d'en posséder de temps en temps un exemple, qu'on soumettait comme un piége à quelque candidat au bureau central. Aujourd'hui qu'on cherche systématiquement les reins ectopiés, on en trouve beaucoup, de même qu'on trouve beaucoup de dilatations de l'estomac.

Ces deux phénomènes sont d'ailleurs connexes, comme l'ont compris Bartels et M. Bouchard ; seulement la subordination de l'un à l'autre a paru inverse au médecin allemand et à mon maître. Bartels a pensé que le rein droit, devenu flottant pour une cause qu'il ne dit pas, vient appuyer sur le duodénum à peu de distance de l'orifice pylorique, et par suite amène la dilatation de l'estomac, comme toute sténose de cet orifice. M. Bouchard estime, au contraire, que la dilatation de l'estomac est le fait initial : elle provoque de fréquentes poussées de tuméfaction hépatique ; chez les personnes dont le thorax est enserré à sa base par un lien habituel serré, ceinturon ou corset, l'expansion des côtes étant impossible, le foie tuméfié vient buter par son bord postérieur et sa face inférieure sur le rein droit qu'il tend à abaisser peu à peu jusqu'à le mobiliser complètement. Bartels et M. Bouchard ont d'ailleurs tous deux constaté que le rein flottant n'existe guère que chez les femmes usant du corset et les militaires gradés. Comme M. Bouchard, j'ai presque toujours trouvé la *dilatation de l'estomac* chez les sujets ayant le rein droit mobile, et plusieurs fois j'ai pu constater l'antériorité de la première.

D'autres conditions peuvent accessoirement agir sur la mobilisation du rein.

Une importante m'a paru être *l'amaigrissement rapide* qui survient chez certains dyspeptiques et qui soustrait en peu de temps au rein le coussinet adipeux de son atmosphère celluleuse.

Une autre plus rare, que j'ai constatée très nettement une fois, serait la *lithiase rénale*, le rein graveleux et congestionné devenant plus pesant : j'avais constaté chez une malade un certain degré d'abaissement du rein droit, non mobile encore ; elle eut une ou deux coliques néphrétiques droites assez intenses ; une fois je constatai le gravier expulsé, dans l'autre seulement de la boue graveleuse ; à quelque temps de là, je trouvai que le rein droit était devenu franchement flottant.

M. Glénard, dans des publications récentes sur les abaissements viscéraux consécutifs à l'entéroptose, admet que l'abaissement du foie et du rein (hépatoptose et néphroptose) est la conséquence de l'abaissement du coude droit du côlon. Il a beaucoup insisté sur la manière de procéder pour rechercher la mobilité du rein droit : il a baptisé d'épithètes cynégétiques deux des trois temps de cette recherche, l'affût, la capture, l'échappement. Mais il n'a pas inauguré une autre technique que celle qui avait toujours été employée par les médecins qui s'inquiétaient des déplacements du rein, et par les chirurgiens voués à l'étude de cet organe (recherche du ballottement rénal par M. Guyon et ses élèves).

Le malade est couché horizontalement, ses épaules touchant le plan du lit ou du divan, les bras allongés le long du corps, les cuisses fléchies sur le bassin, respirant lentement et profondément la bouche ouverte ; le médecin, assis ou agenouillé à droite du malade, glisse la paume et la face palmaire des doigts de la main gauche sous la région lombaire droite ; avec la main droite placée à plat sur l'hypochondre droit il déprime, d'abord très doucement, puis de plus en plus fort, la région sous-costale en profitant surtout du moment où le malade fait une forte inspiration ; quand l'expiration commence, il rapproche prestement et énergiquement ses deux mains l'une de l'autre en s'efforçant de saisir entre elles les parties intra-abdominales. A ce moment il peut tomber sur un corps plus ou moins arrondi ou allongé, lisse, donnant une sensation de dureté rénitente ; s'il desserre un peu sa pression, il peut sentir ce corps s'échapper en glissant comme un gros noyau de fruit qu'on presse entre les doigts.

La recherche est autre si le rein est tout à fait flottant : il peut être nécessaire de le poursuivre vers la région ombilicale, dans le flanc droit et jusque dans la région ovarienne du même côté. Il y a des sensations différentes suivant que le rein est simplement abaissé et encore immobile, on ne sent alors que son extrémité inférieure, ou qu'il est complètement libre ; il peut alors se présenter transversalement ou longitudinalement par sa face antérieure ou son bord postérieur ; il peut aussi, comme je l'ai vu, avoir été enclavé dans le flanc droit par l'exsudat d'une péritonite.

M. Potain, à la dernière session de l'Associa-

tion française pour l'avancement des sciences (Limoges), abordait la question des déplacements du rein. Outre les cas de déplacement du rein *par glissement* que nous avons en vue, il y en a, dit le professeur de la Charité, une autre variété moins fréquente et moins remarquée: le déplacement *par antéversion*. Au début elle est peu appréciable, mais insensiblement l'extrémité supérieure du rein glisse sous la face inférieure du foie, s'incline en avant et vient se faire sentir au-dessous du rebord des fausses cotes : le rein peut même devenir presque horizontal. Les sensations fournies par le palper étant assez délicates à apprécier dans ces cas, une semblable déviation est prise généralement pour une tumeur du foie, de la vésicule, du pylore. M. Potain recommande pour éclairer le diagnostic la palpation bimanuelle de M. Guyon et de ses éléves telles que nous l'avons indiquée plus haut, et que Clado l'a décrite sous le nom de ballottement rénal, qui parait assez mal choisi par M. Potain.

M. Potain déclare que la pathogénie des déplacements du rein est encore fort obscure. Dans la majorité des cas auxquels il fait allusion il existait de la *lithiase biliaire*. Or il est fréquent que cette affection s'accompagne d'irritation péritonéale autour des voies d'excrétion de la bile, irritation qui se propage au tissu sous-péritonéal rétro-colique. Cette péritonite localisée se transmet ainsi jusqu'à l'atmosphère celluleuse du rein, qui perd sa tonicité, surtout à sa partie supérieure, plus spécialement atteinte. Le rein alors n'est plus maintenu que par la partie inférieure de sa loge, qui le reçoit à la façon d'une hotte. M. Potain continue : « Le mécanisme que je viens d'indiquer ne saurait rendre compte des faits d'ectopie ordinaire ou par glissement ; je crois pourtant qu'il est analogue ; seulement ici, c'est la *côlite muco-membraneuse*, si commune dans ces cas, qui est le point de départ de la fluxion sous-péritonéale qui atteindra la loge celluleuse du rein. En effet, du côté droit le côlon se met en rapport avec l'extrémité antéro-inférieure de l'organe, sans l'intermédiaire d'un méso-côlon. La propagation inflammatoire est donc facile. M. Potain, en somme, rapporte à un mécanisme du même genre, fluxion du tissu sous-péritonéal, les deux variétés de rein flottant qu'il admet : par glissement et par antéversion. Mais il ajoute le correctif qu'il ne nie pas la possibilité d'autres mécanismes et notamment l'association de plusieurs d'entre eux.

Dans la même séance, M. Tessier (de Lyon) disait que sur 54 cas de déplacement rénal observés par lui, 4 appartenaient à la forme par antéversion que M. Potain décrit. Dans ces 4 cas la malade avait eu des coliques hépatiques et l'extrémité supérieure du rein avait été prise tantôt pour la vésicule biliaire, tantôt pour un cancer du pylore.

J'ai noté moi aussi plusieurs fois la coexistence de la lithiase biliaire et de la colite membraneuse chez des malades atteintes de rein mobile.

Beaucoup de femmes atteintes de rein mobile n'en souffrent guère qu'au moment de leurs règles, par suite d'une congestion évidente du rein qui augmente de volume à ce moment. J'en ai vu qui se plaignaient tout à coup d'une douleur vive, avec la sensation que « quelque chose s'était mis en travers » dans la partie droite de l'abdomen ; plusieurs fois j'ai pu faire cesser cette sensation en malaxant doucement la région hypochondriaque et le flanc, et je sentais alors le rein se déplacer.

Le rein flottant présente surtout un intérêt de *diagnostic différentiel*. Je n'énumérerai pas toutes les causes d'erreur qu'il peut amener ; mais j'en citerai trois dont j'ai été témoin.

Une dame me fut envoyée de province avec le diagnostic de cancer du pylore par un confrère qui basait son diagnostic sur les faits suivants : vomissements alimentaires incessants, avec amaigrissement considérable et constatation d'une tumeur dans l'hypochondre droit ; — elle avait une dilatation de l'estomac et un rein droit ectopié qui certainement comprimait le duodénum, justifiant pour cette fois la théorie de Bartels. Mais, quand j'eus, par des manœuvres de palper méthodique, fait prendre au rein une autre position, les vomissements cessèrent. Une ceinture appropriée maintint l'organe en bonne place et depuis un an les vomissements n'ont pas reparu.

Une dame avait un fibrome utérin pédiculé dans la partie gauche de l'abdomen ; le médecin qui la soigne l'été, et moi, nous l'avions constaté maintes fois. Après quelques mois d'absence elle revint, me disant de la part du confrère qu'un nouveau fibrome était apparu, cette fois du côté droit, et que celui-là, contrairement au premier qui ne l'avait jamais incommodée, la faisait quelquefois souffrir ; elle songeait presque à réclamer une intervention chirurgicale. Une exploration minutieuse me permit de démontrer que le dernier fibrome prétendu était le rein droit qui s'était mobilisé sous la quadruple influence d'une dilatation gastrique, du corset, d'un amaigrissement et de l'équitation.

Dans un cas de Mundé (*New York. med. J.*, 1888) l'ectopie rénale a fait croire à une lésion des annexes de l'utérus et c'est seulement après la laparotomie que le diagnostic à pu être posé. C'était dans la région de l'ovaire gauche qu'existaient des douleurs vives ; on trouvait là une tumeur qui fut diagnostiquée par plusieurs médecins salpingoovarite avec adhérences. Quand le chirurgien, ayant fait la laparotomie, eut énucléé, avec beaucoup de difficulté, la masse entourée d'exsudats péritonitiques, il découvrit qu'il tenait dans la main le rein gauche. Sa consternation fut telle qu'il songea à remettre l'organe en place, mais la décortication était trop complète ; il lia le pédicule pour arrêter une abondante hémorrhagie. L'opérée guérit ; l'examen histologique du rein ne révéla aucune lésion.

Un chirurgien très distingué de mes amis m'appelait récemment près d'une jeune femme qui depuis quelque temps avait une fièvre irrégulière, un état d'embarras gastrique accentué, du malaise dans la région hépatique, où il avait constaté depuis peu de temps une tumeur arrondie, un peu rénitente qui paraissait suivre les mouvements du foie ; mon ami agitait l'hypothèse d'un kyste hydatique en train de suppurer avec les conséquences opératoires qui en découlent. Je pus le convaincre assez aisément que la tumeur était le rein et que, s'il y avait quelque lien entre l'embarras gastrique fébrile et cette ectopie, c'était la dilatation de l'estomac.

Deux indications, l'une *prophylactique*, l'autre de *thérapeutique palliative*, sont posées par la constatation du rein mobile.

Il faut d'abord prévenir les personnes attein-

tes de dilatation gastrique, surtout si elles sont en période d'amaigrissement, de s'abstenir du corsot, et de toute secousse musculaire capable, comme l'équitation, le saut, de précipiter le rein hors de sa loge.

Ensuite une personne atteint de rein mobile doit porter constamment une ceinture abdominale soigneusement faite, en tissu élastique et souple, pouvant se serrer plus ou moins suivant les variations passagères de la distension de l'abdomen, maintenue par des sous-cuisses en tubes de caoutchouc, et munie au niveau de la région hypochondriaque droite d'une pelote de caoutchouc creuse et insufflable, semi-lunaire, dont la hauteur et l'inclinaison doivent varier suivant chaque cas particulier. On instituera en outre le traitement de la dilatation de l'estomac et, s'il y a lieu, de la gravelle.

On a proposé et exécuté la néphrectomie, la néphrorrhaphie et la népropexie. Frank (*Berlin. klin. Woch.* 1889) a réuni 41 observations de néphrorrhaphie pour rein mobile empruntées à divers auteurs et 20 au seul Hahn ; 3 femmes seulement auraient succombé. Sur 39 cas bien détaillés, il y a eu 21 résultats parfaits, 11 incomplets, 1 nul. On cite un cas de Langenbuch qui fit à 6 mois d'intervalle, deux opérations, une néphrorraphie pour rein flottant et une deuxième laparotomie pour fixer le foie mobile. Avant d'exécuter la première, il faudrait être certain que la malade a un autre rein à son service ; or il se trouve de temps à autre une anomalie consistant en un rein unique.

Tant de femmes vivent en bonne intelligence avec un rein ectopié qu'il y aura bien rarement l'occasion de leur proposer une intervention chirurgicale; je ne l'ai pas encore rencontrée, pour ma part.

P. Le Gendre.

TRAVAUX ORIGINAUX

Note clinique sur la hernie et l'anus contre nature.

Par le Dr H. Lécuyer, de Beaurieux (Aisne).

Scarpa est le premier qui ait compris le traitement des anus contre nature, mais c'est Dupuytren qui, en inventant l'entérotomie, vulgarisa, on peut le dire, la guérison de cette maladie.

Cependant l'entérotomie, telle que l'avait inventée ce dernier, ne réussissait pas toujours.

On était souvent obligé d'appliquer l'instrument plusieurs fois, et quelquefois même il ne pouvait être appliqué.

Dupuytren lui-même nous cite un malade chez lequel il essaya trois fois de pratiquer l'entérotomie et ne put y réussir.

En 1867, le Dr Gaillard (de Poitiers), dans un cas fort intéressant et qui fit le sujet de ma thèse inaugurale, fut obligé de faire trois applications successives de l'entérotome.

Le Dr Surmay, du Havre, à la séance de la Société de chirurgie du 25 novembre 1874, raconte que dans un anus artificiel suite de hernie étranglée il fut obligé de faire plusieurs applications d'entérotome.

Pareille chose est arrivée à nombre de chirurgiens.

Je viens d'avoir dans ma pratique un cas très intéressant d'anus contre nature suite de hernie étranglée, et une seule application d'un entérotome à branches pressant parallèlement a suffi à rétablir le cours naturel des selles. J'ajoute qu'il doit toujours en être ainsi avec cet instrument.

§

Voici l'observation.

Mme X., âgé de 58 ans, est porteuse depuis 35 ans d'une hernie crurale irréductible pour laquelle elle n'a jamais consulté de médecin.

Elle n'a jamais porté de bandage et n'a jamais eu d'accident d'étranglement.

Le 23 février dernier je suis appelé en passant dans la localité. Je constate cette hernie, j'essaye de la réduire, mais inutilement.

Le 24, le Dr Ferré, mon beau-père, et moi, nous pratiquons le taxis en employant également l'éthérisation locale, encore inutilement.

Il y a des vomissements, depuis 3 jours, de mucosités et d'aliments que la malade essaye de prendre, mais pas de vomissements fécaloïdes.

Le 25, je fais une injection de morphine sur le sac.

Plus de douleurs, les vomissements cessent et la malade prend un peu de bouillon.

La tumeur herniaire n'a pas diminué, j'essaye pendant deux jours l'électricité, tout cela inutilement.

Le 28, les vomissements reparaissent. J'appelle mon ami le Dr Lévêque en consultation et, avec l'aide de mon beau-père et de moi, il pratique la kélotomie après chloroformisation.

On trouve une masse épiploïque considérable et en dessous une toute petite anse intestinale, mais sur laquelle il y a 4 points gangreneux.

La masse épiploïque est sectionnée au moyen du thermo-cautère, et après avoir cravaté d'une bande de gaze iodoformée l'anse intestinale gangrenée, on la laissa à l'extérieur afin de la surveiller plus facilement — ; par-dessus pansement antiseptique rigoureux.

Quelques jours après les eschares tombent et les matières s'écoulent par les ouvertures.

Le 17 avril, bien sûr par le laps de temps écoulé que des adhérences solides sont établies, j'examine très attentivement l'anse intestinale, je réunis les ouvertures par le thermo-cautère et par le même instrument je détruis une grande partie de l'anse; j'en lie même une autre partie, de sorte qu'en introduisant le doigt dans la seule et unique ouverture, je sens très distinctement le bout supérieur, le bout inférieur, et un éperon considérable qui empêchait, avec l'ouverture externe, le passage des matières.

Les eschares tombent et quelque temps après, la muqueuse intestinale se renverse et se soude à la peau.

Dans ces conditions éminemment favorables, puisqu'il n'y a aucune communication possible entre la cavité péritonéale et l'extérieur, j'applique un entérotome à *branches pressant parallèlement*.

C'était le 2 mai. — Il est très bien supporté et tombe le 11 emportant avec lui une cloison intestinale de 12 centimètres de longueur. — Les gaz commencent ainsi qu'un peu de matière à passer par la voie naturelle.

J'ordonne des lavements journaliers pour ne pas laisser rétrécir l'intestin et au bout de quel-

que temps les selles deviennent absolument normales grâce au mode de pansement que je vais décrire.

Je réduis le bourrelet intestinal qui alors bouche presque hermétiquement l'anus artificiel ; je mets dessus et même entrant un peu dans l'ouverture une éponge aseptique phéniquée, une compresse, une toile imperméable et sur tout cela un bandage herniaire à fort ressort.

Depuis, le cours des matières se fait naturellement et à part un léger suintement rien ne sort par l'ouverture abdominale.

L'érythème du ventre, produit par l'écoulement des matières excrémentitielles, se guérit et le 20 juin, la malade sort faire son ménage et commence à aller dans les champs.

A cette date, l'anus artificiel a diminué de largeur et j'espère qu'avec le temps la situation pourra encore s'améliorer.

Le Dr Lévêque auquel je fais voir la malade le 27 juin est de mon avis.

Il sera toujours temps d'intervenir. Après être convenus ensemble du traitement, nous nous accordons pour ne pas compromettre maintenant par une opération sur l'intestin, l'état général actuel très satisfaisant de notre patiente.

Remarques. — *a*) J'insisterai sur le caractère insidieux qu'a présenté la marche de cette hernie étranglée.

Irréductible, datant de 35 ans, n'étant pas plus volumineuse, d'après le dire de la malade, après les symptômes d'étranglement qu'avant, on pouvait croire à une simple hernie épiploïque.

Après la cessation des vomissements on pouvait également croire à la réduction de l'intestin, si une petite partie avait suivi l'épiploon.

On le pouvait d'autant plus qu'il n'y avait jamais eu de vomissements fécaloïdes.

Dans des cas pareils, je conseillerai d'opérer aussitôt le taxis reconnu impuissant.

b) Après la formation de l'anus artificiel on pourrait peut être aussi croire qu'il vaut mieux tenter une guérison par une opération radicale bien plus tôt que je ne l'ai fait. Je ne suis pas de cet avis.

Cette femme épuisée par la souffrance, par les suites de l'opération n'était pas un sujet à opération brillante. Il fallait absolument lui donner le temps de se refaire et ce n'est que lorsqu'elle put se lever, vaquer un peu à ses occupations, lorsqu'elle eut repris ses forces, grâce à l'alimentation forcée (viandes, peptones, etc.), que je pensai qu'il était temps d'intervenir.

J'avais bien pensé à une dissection de l'intestin hernié, à une suture intestinale puis à la réduction qui en est la conséquence et à la suture cutanée. Mais je trouvai que je faisais courir gros risques à ma malade, les sutures intestinales dans ces cas donnent peu de bons résultats.

Même avec la méthode antiseptique il ne faut pas que le chirurgien soit atteint par *le prurigo secandi* que dénonçait à la chaire de la Charité si éloquemment à sa leçon d'ouverture le professeur Simon Duplay. Il faut voir surtout quel profit pourrait en tirer la malade, et non le brillant de l'opération.

c) L'entérotome de Dupuytren qui est généralement employé, nécessite presque toujours plusieurs applications. Pourquoi ? parce qu'il se ferme comme des ciseaux et que la partie qui se trouve près de l'orifice se trouve pincée tandis que la partie profonde ne l'est pas.

Ce fait me donna il y a tantôt 22 ans l'idée de faire construire un entérotome à branches pressant parallèlement (1); de la sorte l'intestin est pressé sur toute la longueur des branches.

L'expérience, dans l'observation qui précède, vient de démontrer que mon idée était bonne.

De ce cas si intéressant par sa genèse et dans sa marche, je crois qu'il faut conclure que lorsqu'il y a gangrène intestinale, il faut toujours pratiquer méthodiquement un anus contre nature. Quand il y a éperon, et il y en a toujours, pour le détruire et ne pas s'exposer à être obligé de faire plusieurs applications successives, je crois que l'entérotome que je viens de décrire, à branches pressant parallèlement, est le meilleur instrument à employer.

Pour la fermeture définitive, quand l'état général est aussi bon que celui de notre malade, on peut toujours attendre afin de ne pas compromettre par une intervention intempestive, le beau résultat acquis après tant de peine.

Dr Lécuyer.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Circulaire adressée par le bureau de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France à MM. les Présidents, Secrétaires et Trésoriers des Sociétés locales de l'Association générale,

Paris, 15 Novembre 1890.

Monsieur et très honoré Confrère,

J'ai l'honneur de vous informer que, dans sa séance du 17 octobre 1890, la Commission chargée de continuer l'étude de la question Assurance-Maladie a entendu, à titre consultatif, plusieurs des membres de l'Association générale, convoqués à raison de leurs travaux sur ce sujet.

La Commission a soumis, le 7 courant, au Conseil général, un premier rapport. Sans avoir, dès à présent, à se prononcer sur la valeur absolue ou relative des projets qui lui ont été soumis et commentés par leurs auteurs, mais en réservant toutes questions de droit, d'autorisation ou de statuts que ces projets peuvent soulever, la Commission a proposé au Conseil d'adresser, à titre d'exemple, à MM. les présidents, secrétaires et trésoriers de toutes les Sociétés locales le projet de la Gironde (ainsi que les amendements tirés du projet de l'Oise), afin de permettre à chaque Société d'étudier, de son côté, des dispositions qui ont paru résumer le mieux les principes acceptés par tous les partisans de l'*Assurance-Maladie*, telle qu'ils proposent de l'établir sous le patronage moral de l'Association générale, mais en la plaçant formellement en dehors de son fonctionnement, de sa caisse, et de sa responsabilité.

Le Conseil général a été d'avis de vous transmettre ces documents, en y joignant les observations et indications qui suivent.

Dans l'examen des dispositions du projet, vous êtes prié de porter votre sérieuse attention sur les détails du fonctionnement de la nouvelle Œuvre, et en particulier sur les questions de ***cotisation***, de ***finances*** et de ***contrôle***.

(1) Voir la figure et la description dans ma thèse inaugurale. Strasbourg, 31 décembre 1863.

Il ne vous échappera pas qu'en tout état de cause, il a été reconnu par tous les auteurs de projets :

1° Qu'une cotisation supplémentaire, minimum de 48 fr. par an, pour obtenir, en cas de maladie, une indemnité de 5 fr. par jour ; et de 96 fr. par an, pour obtenir une indemnité de 10 fr. par jour, serait exigible de tous les membres de la nouvelle association ; 2° que les finances de celle-ci resteraient absolument distinctes de la caisse de l'Association générale et seraient administrées et gérées par un Conseil et un trésorier choisis parmi les adhérents à la société de l'*Assurance-Maladie*.

En dehors de ces solutions qui s'imposent, il reste de nombreuses questions de détail à étudier ; elles ne peuvent manquer d'être, de la part de votre Société, l'objet d'un très utile examen.

Votre travail achevé, je vous prie de vouloir bien en adresser les conclusions au Conseil général et de lui faire connaître la réponse de votre Société aux questions suivantes :

1° Votre Société locale se prononce-t-elle pour la création d'une caisse d'Assurance contre la maladie ?

2° En cas d'affirmative, combien pensez-vous que la nouvelle institution puisse compter d'adhérents parmi vos co-associés ?

3° Le président et le trésorier de votre Société, s'ils étaient adhérents à l'œuvre nouvelle, consentiraient-ils, en cette qualité, à l'administrer et à la gérer ?

Je vous serais reconnaissant de me faire parvenir, le plus tôt qu'il vous sera possible, ces divers renseignements.

Veuillez agréer,

Le Secrétaire général,
Dr A. Riant.

Le Président de l'Association générale,
Dr H. Roger.

Nous prions les membres de l'Association auxquels on a soumis ce questionnaire, de refuser d'y répondre et de motiver leur refus sur ce que la question n'a pas été étudiée par le *Conseil général*. Il n'a ni exposé ni critiqué les calculs sur lesquels repose le *projet de l'Oise* ; ce projet, tel qu'il est donné ci-après étant incompréhensible, ils se déclarent insuffisamment informés et demandent de nouvelles explications.

A. C.

Association générale des Médecins de France. Société locale de la Gironde.

Projet d'un règlement général du Service de l'Indemnité en cas de maladie.

Il est créé, au sein de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des Médecins de France, une œuvre d'assurance mutuelle contre les risques de la maladie.

Tout membre d'une Société locale qui demandera à s'assurer une indemnité pour *la durée de maladies le mettant dans l'impossibilité d'exercer sa profession*, aura un compte spécial ouvert sur les registres du Trésorier, en conformité des conditions suivantes :

1° Au moment où il demande son inscription pour cette assurance mutuelle, le sociétaire doit être âgé de cinquante-cinq ans, au plus, et fournir un certificat constatant qu'il n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité pouvant entraîner l'incapacité du travail professionnel.

Ce certificat, délivré par un médecin faisant partie de l'Association et contresigné par le délégué du Conseil administratif, sera soumis à l'appréciation de ce Conseil, qui prononcera ou non l'admission.

Toutefois, et par mesure transitoire, les membres de l'Association, âgés actuellement de plus de cinquante-cinq ans, seront admis, dans le courant de la première année seulement, à faire partie de l'œuvre, mais à des conditions qui seront déterminées ultérieurement.

2° Le sociétaire admis doit payer directement entre les mains du trésorier une somme annuelle de 60 francs, cotisation à l'Association comprise. Cette somme sera soldée par semestre et d'avance, avant le 1er janvier et le 1er juillet de chaque année, faute de quoi le droit à l'indemnité sera suspendu et ne pourrait être repris que trois mois après le payement intégral de l'arriéré et du semestre suivant.

3° Le sociétaire admis peut porter à 120 fr. sa cotisation annuelle, pour s'assurer une indemnité double en cas de maladie.

De son côté, la Société s'engage :

1° A consacrer exclusivement au service de l'indemnité en cas de maladie toutes les sommes provenant de ces cotisations spéciales et toutes celles qui proviendraient de dons et legs avec affectation à cette œuvre.

Chaque année, en fin d'exercice, le trésorier verse à la Caisse centrale de l'Assurance en cas de maladie, dont le siége est à Paris, les excédents provenant de ces recettes et, s'il est en insuffisance de ressource, le trésorier fait appel à ladite Caisse.

2° A allouer une indemnité de 5 francs par jour pour toute maladie dûment constatée, entraînant une incapacité de travail professionnel ayant duré plus de cinq jours et moins de six mois : les premiers cinq jours ne devant d'ailleurs pas entrer en ligne de compte.

3° A allouer, après le sixième mois, pendant toute la durée de la maladie et tant que les ressources de l'œuvre d'indemnité-maladie le permettront, une indemnité de 2 fr. 50 par jour.

4° Les indemnités seront doublées pour les associés-assurés payant la cotisation de 120 francs.

5° Le droit à l'indemnité n'est acquis qu'après l'expiration du premier semestre de cotisation spéciale et après le versement du second.

6° Dès qu'un associé-assuré est malade il doit aviser le président et le délégué du Conseil d'administration. Celui-ci s'assure de l'incapacité de travail professionnel, il en constate la durée et délivre les certificats nécessaires pour le règlement de l'indemnité.

7° Ce règlement des indemnités est ordonnancé par le président en Conseil d'administration, au moins une fois tous les deux mois.

8° Tant qu'ils résideront hors du territoire français, les associés-assurés ne pourront pas jouir du droit à l'indemnité (*a*).

(*a*) Ci-joints, comme il a été convenu, quelques articles du projet de la Société de l'Oise, qui modifient celui de la Gironde, sur certains points :

Art. 15. — Pour participer aux avantages de la Caisse d'indemnité en cas de maladie, le Sociétaire doit, outre la cotisation habituelle de 12

francs par an, payer chaque année, par semestre (et d'avance), entre les mains du trésorier de la Société locale à laquelle il appartient, une somme à fixer d'après son âge d'après un barème facile à établir, en tenant compte, d'une part, de la moyenne de maladie et, d'autre part, de la moyenne de service à l'âge du candidat. D'après ce tableau, un sociétaire entrant à 25 ans doit payer 40 fr. La prime type de 48 fr. est atteinte à 37 ans et doublée à 60 ans.

Art. 21. — La Caisse d'indemnité n'est engagée vis-à-vis de ses adhérents que dans les limites de son avoir.

Art. 22. — Elle alloue à ses membres une indemnité de dix fr. par jour, à partir du premier jour, et pendant 120 jours (1) pour toute maladie dûment constatée d'une durée de dix jours (2) au moins et entraînant l'incapacité absolue d'exercer la profession médicale (3).

Art. 25. — *D'une façon transitoire*, et tant que la réserve de la Caisse n'aura pas atteint le chiffre de deux années de prime par tête de sociétaire, l'indemnité de maladie sera réglée de la façon suivante :

Le sociétaire touchera la moitié de l'indemnité due, immédiatement après constatation de guérison.

La seconde moitié de l'indemnité ne sera réglée qu'en fin d'exercice et, en cas d'insuffisance d'actif, les sociétaires malades ne la toucheront qu'au prorata de leur créance.

Réflexions.

Nous reproduisons cette circulaire qui nous a été expédiée par le secrétaire d'une société locale.

Nous éprouvons, à sa lecture, bien des étonnements ; d'abord, pourquoi n'avoir pas donné, en son intégrité, le projet de l'Oise, rédigé par statuts et prévoyant toutes les éventualités ?

Ensuite, pourquoi, puisqu'on savait bien que le projet était solidement étayé par des calculs tirés de l'expérience des cinq années de l'association anglaise, ne l'avoir pas dit, pour qu'on pût y ajouter le crédit qu'il mérite ?

Pourquoi encore avoir donné le pas aux propositions de la Gironde, venues bien après celles de l'Oise, qui n'en sont qu'une légère modification, mais peu acceptable et peu entraînante et sans statuts étudiés ?

Pourquoi n'avoir pas dit que le projet de l'Oise, *pour 4 fr. par mois assure une indemnité minimum de 1200 fr. et avoir passé sous silence que cette indemnité est continuée aux chroniques, tant que dure leur chronicité et leur constitue par conséquent une pension de 1200 fr.* !

Nous n'en finirions pas de critiquer cette parcimonieuse circulaire qui est avare de papier et d'impression et dont le questionnaire est captieux.

L'Association a perdu une belle occasion de bien dépenser l'argent que nous lui donnons — on la blâmera sûrement cette fois d'avoir été si économe. Il nous faudra aviser. » A. C.

(1) Si on le préfère, on peut également allouer l'indemnité pleine pendant 60 jours seulement, et 1/2 indemité pour les 120 jours suivants.

(2) Toutefois nos calculs permettent d'allouer cette indemnité pour une maladie de sept jours seulement de durée.

(3) Les consultations au cabinet du médecin ne sont pas considérées comme reprise du travail.

BULLETIN DES SYNDICATS

Revision de la loi du 19 ventôse an XI.

Par M. le Dr Mignen, *président de l'Union des Syndicats.*

A l'heure où la revision de la législation du 19 ventôse an XI (10 mars 1805) va venir en discussion à la Chambre des députés, il nous paraît utile de résumer les revendications si souvent exprimées du corps médical, et d'examiner les conditions nouvelles qui vont être imposées à l'exercice de notre profession.

Mais, avant tout, il nous faut rendre hommage aux confrères qui, depuis de longues années, et notamment dans le *Concours médical*, se sont occupés de la revision de la loi de l'an XI. Il nous faut rappeler ici le travail si étudié de M. le Dr Geoffroy qui a été publié dans le *Concours médical* et dont nos confrères de la Chambre des députés se sont inspirés sans doute, et qui, mieux que tout autre, répondait à nos desiderata communs. Nous n'aurions garde d'oublier aussi quel zèle tenace et quel dévoûment M. le Dr Chevandier, député de la Drôme, a mis au service de ses confrères, et nous l'en remercions bien sincèrement.

Aujourd'hui deux projets sont en présence : celui du gouvernement et celui de la commission. Tous les deux dénotent le vif désir de doter le corps médical d'une législation qui soit en harmonie avec les besoins et les aspirations de notre époque, mais ils diffèrent sur quelques points essentiels que nous chercherons à mettre en lumière.

Tout le monde est maintenant d'accord sur la suppression de l'officiat de santé, suppression qu'imposent au reste les obligations de la nouvelle loi militaire. Mais tandis que le projet du gouvernement (art. 11) déclare qu'ils continueront à exercer leur profession « en suivant les règles précédemment en vigueur », c'est-à-dire dans le département seul pour lequel ils auront été reçus, et avec défense de pratiquer les grandes opérations sans l'assistance d'un docteur en médecine, le projet de la commission (art. 2) leur donne « le droit d'exercer sur tout le territoire de la République » et, dans le cas d'urgence, de pratiquer les grandes opérations chirurgicales et obstétricales dont un règlement d'administration publique dressera la liste.

Nous sommes absolument d'accord avec la commission. Nous estimons que la suppression du titre d'officier de santé devrait avoir pour conséquence d'abaisser les limites territoriales que la loi impose encore à l'exercice de la médecine par l'officier de santé. Pourquoi ne pourrait-il répondre à la confiance d'un malade demeurant dans une circonscription départementale autre que la sienne ?

En donnant à l'officier de santé le droit de pratiquer seul les opérations chirurgicales et obstétricales urgentes, on ne ferait que légaliser ce qui se fait journellement dans l'intérêt des malades. Il faut que le gouvernement entre dans ces vues, et que nous n'ayons plus désormais l'écœurant spectacle d'un officier de santé poursuivi par un docteur, parce que, domicilié à la jonction de deux départements, il quitte celui qu'il habite et où il a le droit d'exercer, pour aller voir, à 1 kilomètre, les malades du département voisin. N'est-

ce pas là une éventualité qui ne se présenterait jamais si nous étions véritablement animés de sentiments de confraternité sincère ?

Il serait donc sage et libéral à la fois de donner à l'officier de santé le droit de pratiquer seul les opérations chirurgicales et obstétricales urgentes, et d'exercer son art dans toute l'étendue du territoire français.

L'art. 10 de la commission et l'art. 16 du gouvernement permettent aux préfets d'autoriser les internes des hôpitaux et hospices nommés au concours, et les étudiants dont la scolarité est terminée, à exercer la médecine en temps d'épidémie, ou à titre de remplaçants d'un médecin.

C'est une innovation heureuse autant que nécessaire. Nous n'aurons donc plus à déplorer les condamnations infligées par les tribunaux, si indulgents d'ordinaire pour les empiriques, rebouteurs et sorciers de toute espèce, à l'étudiant en médecine ou interne qui supplée un médecin absent ou malade. L'ancienne loi est trop sévère, et nous nous félicitons de la voir modifiée ainsi.

Les articles 13 de la commission et 8 du gouvernement, obligent le médecin à l'enregistrement de son diplôme. Cette obligation, déjà inscrite dans la loi, n'est pas généralement observée. Elle devrait l'être cependant pour empêcher les usurpateurs de titre dont nous avons à souffrir, et dans l'intérêt du malade et dans notre propre intérêt.

Les articles 16 de la commission et 19 du gouvernement admettent la prescription de cinq ans pour nos honoraires. Nous nous plaignons, à juste titre du peu d'exactitude de nos malades à payer nos honoraires, et, il faut bien le dire, nous sommes, en général, assez négligents à les réclamer. Le délai de cinq ans qui nous est accordé nous permettra facilement de le faire en temps utile, et nous n'aurons plus à redouter la mauvaise foi de clients peu scrupuleux.

De plus, d'après le 2e paragraphe de ces mêmes articles (16 et 19), les créances privilégiées sur la généralité des meubles s'étendront aux « frais quelconques de dernière maladie, quelle qu'en ait été l'issue ». Nous serons donc en droit de réclamer nos honoraires et de devenir privilégiés près des clients devenus insolvables, tombés en faillite par exemple. Nous aurons ainsi toute satisfaction.

Les articles 15 de la commission et 20 du gouvernement sont similaires, dans leur première partie du moins. Ils interdisent l'exercice simultané de la profession médicale et de la profession de pharmacien, même en cas de possession des deux diplômes conférant le droit d'exercer ces deux professions. On y lit aussi :

« Toutefois, tout docteur médecin ou officier de santé, exerçant dans les localités où il n'y a pas d'officine de pharmacien à une distance moindre de quatre kilomètres, peut tenir des médicaments pour l'usage exclusif de ses malades, sous la condition de se soumettre à toutes les lois et à tous les règlements qui régissent ou régiraient le pharmacien, à l'exception de la patente. »

(A suivre.)

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE LE « CONCOURS MÉDICAL »

M. le docteur BOUHIN, Esbarres (Côte-d'Or), présenté par le docteur Tisserand, de Saint-Jean-de-Losne.

M. BIAT, officier de santé, à Crith-Saint-Léger (Nord), membre de la Société locale de l'arrondissement de Cambrai.

FORMULAIRE DU CONCOURS MÉDICAL

Injections désinfectantes dans le cancer de l'utérus.

Acide salicylique........	10 grammes
Acide phénique..........	10 grammes
Chloral.................	10 grammes
Teinture de benjoin.....	100 grammes
Alcool de lavande.......	200 grammes

Une cuillerée à soupe de cette solution pour un litre d'eau. P. L. G.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs des décès de plusieurs membres du Concours : M. le docteur DE LASALZEDE, de Vichy (Allier) ;

LEFÈVRE, médecin à Bonnières (Seine-et-Oise) ;

RICHEZ, médecin à Auly (Nord) ;

Dr GUÉDENEY, de Joinville (Haute-Marne).

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
4, rue Antoine-Dubois, 4

I. — *Promenades d'un Médecin à travers l'Exposition*, par le Dr Georges Croulgneau, précédées d'une préface de M. le Doct. Dujardin-Beaumetz, magnifique in-8° de 515 pages, orné de 221 gravures, dont 7 hors texte et 3 cartes ; prix fort, 7 fr. 50, net *franco* 6 fr. pour MM. les membres du Concours médical.

II. — *Les suggestions criminelles*, par le Dr E. Laurent, ancien interne des prisons de Paris. In-8° raisin de 60 pages ; *cinq portraits hors texte*, prix 2 fr. *Net franco* 3 fr. 60 pour MM. les membres du Concours.

III. *Voyage en Sibérie*. Le chemin de fer trans-sibérien, par Edgar Boulangier. Un beau volume in-8° jésus, illustré de plus de 100 gravures sur bois. Prix broché : 7 fr. 50. Orné d'une magnifique couverture en deux couleurs signée G. Profit. Ce livre est le plus beau volume que MM. nos confrères puissent offrir en étrennes. *Peut être lu par les demoiselles.*

IV. — Sous presse : On peut dès maintenant s'inscrire en adressant un mandat de 4 fr. pour recevoir, dès qu'il paraîtra (janvier au plus tard), le *Formulaire de médecine pratique* du Dr E. Monin, in-18 raisin de 600 pages, reliure anglaise avec table des médicaments. Prix fort : 5 fr.

V. — Sous presse : *Guide des Sciences médicales pratiques* 1891 (compendium du clinicien pour 1891) publié sous la direction scientifique de M. le Dr Letulle, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, par MM. les Drs Lesage, Nicolle, Demelin et Morax, internes des hôpitaux de Paris, grand in-18 de 800 pages, reliure anglaise, très portatif, comprendra tous les renseignements pratiques sera en un mot pour le praticien ce qu'est l'annuaire aux astronomes, géographes, etc., etc., du bureau des longitudes.

Vient de paraître :

VI. — *Théorie et applications pratiques de l'hypnotisme et de la suggestion*, avec 12 figures dans le texte par le Dr Edgar Bérillon. Prix : 1 fr. 25.

VII. — Pour 15 fr. on recevra franco les seize livraisons parues des *Sciences biologiques* publiées sous la direction de MM. Charcot, Léon Collin, V. Cornil, Duclaux, Dujardin-Beaumetz, Gariel, Marey, Mathias Duval, Planchon, etc. Ces livraisons forment un premier tome, de 511 pages, grand in-8° orné de nombreuses et belles planches.

Nota. — Ne pas adresser ses demandes au bureau du journal mais *à la Société d'éditions.*

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Treizième année **N° 2** 10 Janvier 1891

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE.

Une tentative de synthèse de la lymphe de Koch.

Dans une communication faite au mois de décembre à la Société de médecine pratique, M. le Dr Léon Petit a présenté un échantillon d'un liquide préparé par M. Gautrelet, chimiste, et qui offre les mêmes caractères de couleur, de consistance et de densité, les mêmes propriétés organoleptiques que la lymphe anti-tuberculeuse de Koch. M. Petit annonçait en même temps qu'il allait commencer, avec M. Cérémonie, vétérinaire, des expériences comparatives sur les lapins et les vaches pour savoir si le liquide obtenu par M. Gautrelet est vraiment analogue par ses effets physiologiques au liquide de Koch. A ce sujet, M. Ch. Bovet émet dans le *Journal de médecine de Paris* l'espoir que MM. Gautrelet et Petit aient obtenu par synthèse la lymphe allemande. Mais nous avons vainement cherché l'indication du procédé de fabrication de ce nouveau liquide et des ingrédients qui entrent dans sa composition. Est-ce que Koch va avoir mis à la mode désormais le jeu des devinettes dans les Sociétés savantes ?

Les Conférences d'internat doivent-elles être gratuites ?

Nous lisons dans le *Journal de médecine de Paris* que plusieurs internes, qui dirigent des conférences d'internat, ont annoncé que l'année prochaine ils ne feraient que des conférences payantes.

Nos lecteurs savent probablement tous ce que sont ces conférences, — réunions d'externes qui se préparent au concours de l'internat et qui une fois par semaine reçoivent de deux ou trois internes associés pour les diriger un programme de questions, des plans pour les traiter et lisent des copies, s'exercent aux épreuves orales. Jusqu'ici ces conférences ont toujours été gratuites. A la fin de l'année seulement les membres de la conférence se cotisaient pour offrir à leurs chefs un souvenir ou un dîner, quelquefois l'un et l'autre. Nous avons nous-même dirigé pendant quatre ans une parlotte de ce genre et nous en avons gardé le meilleur souvenir.

Notre confrère du *Journal de Paris* juge très sévèrement la tentative faite par plusieurs internes actuels pour transformer ces réunions gratuites en cours payants, et il va jusqu'à dire, en généralisant sans doute hâtivement et en abusant du raisonnement « a paucis disce omnes », que « ce procédé ne fait pas honneur au corps de l'internat ». C'est aller un peu loin dans la critique.

Pour notre part, l'idée ne nous est jamais venue de demander à nos élèves de conférence une rétribution ; mais il nous semble, en y réfléchissant, que l'idée peut être défendue.

Les internes des hopitaux ont de moins en moins de moyens de gagner de l'argent ; la réorganisation de l'Ecole pratique avait enlevé à beaucoup d'entre eux les leçons d'anatomie et de dissection qu'ils donnaient dans ma jeunesse à Clamart ; la multiplication des places de chefs de clinique leur a enlevé les leçons de clinique dans les hôpitaux du centre. La création des cours auxiliaires faits à la Faculté par les agrégés leur a enlevé les leçons de pathologie, d'anatomie pathologique qu'ils donnaient aux candidats au doctorat. Cependant la vie est devenue de plus en plus coûteuse et l'administration n'a pas augmenté les appointements des internes. Il en résulte que pour un certain nombre d'entre eux, qui sont dénués de ressources, l'internat qui était autrefois un refuge, un port assuré pendant quatre ans contre la gêne si contraire au travail, n'apporte plus d'avantages matériels.

D'autre part, la préparation des conférences, si elles sont bien faites, prend certainement plusieurs heures par semaine; sans doute, cette préparation bénéficie au directeur de la conférence en lui re-

mettant sans cesse en mémoire les questions; mais est-ce une raison suffisante pour qu'il n'en tire pas aussi quelque bénéfice matériel ?

Enfin, à l'heure présente, la gratuité des conférences engage beaucoup d'externes à s'y faire inscrire, sans avoir sérieusement l'intention d'arriver à l'internat ; dans toute conférence il se glisse ainsi bon nombre d'*amateurs* qui font perdre le temps à leurs collègues sérieux ; ces gêneurs seraient écartés certainement par une rétribution modique

Il ne nous paraît donc pas que l'intention manifestée par plusieurs internes d'ouvrir des conférences rétribuées soit si blâmable. Si ce sont de bons chefs de conférence, ils trouveront toujours des élèves, et s'ils les font arriver un an plus tôt au but, ceux-ci ne regretteront pas l'indemnité — probablement modeste - qu'ils auront versée. S'ils n'ont pas de valeur, ils n'auront pas d'élèves, et leurs collègues qui continueront à faire des conférences gratuites — il s'en trouvera toujours — conserveront un public ; donc l'étudiant sans fortune, mais laborieux, trouvera toujours une conférence gratuite, ou même, — nous n'en doutons pas — la gratuité anonyme dans une conférence payante.

En résumé, nous sommes pour la liberté sous toutes les formes et l'application la plus large de la maxime : « A chacun selon ses œuvres. »

P. L. G.

L'hypnotisme et la médecine légale (1).

Il nous a paru que le feuilleton de notre aimable collaborateur le Dr Perron appelait quelques réflexions. M. Brouardel a dit qu'il n'aurait pas voulu rapporter à l'audience des révélations surprises à un accusé pendant le sommeil hypnotique, mais cette manière de voir est assez défendable.

La Révolution a aboli la *question*, qui était usitée autrefois pour obtenir des aveux des accusés, malgré eux ; notre code moderne a voulu que l'accusé pût jouir du maximum de garantie dans ses moyens de défense, et le premier de ces moyens est bien certainement le droit de nier ce dont on l'accuse ; si, profitant d'une maladie dont il est atteint, la tendance hypnotique — car l'hypnotisme est bien une maladie, — on abolit sa volonté passagèrement pour lui arracher son secret, n'est-ce pas là un procédé d'investigation exactement comparable au point de vue moral à la question d'autrefois, puisqu'elle enlève tout aussi complètement pour un temps à l'accusé son libre-arbitre et sa volonté?

En outre, M. Brouardel a pensé sans doute que l'expert à notre époque ne doit mettre au service de la justice que des moyens rigoureusement scientifiques, d'une précision indiscutable. C'est en vertu de cette pensée que tels procédés de recherches chimiques ou physiologiques, auxquels les légistes d'il y a 30 ans et même 15 ans accordaient trop de confiance, ayant été démontrés trop incertains, ont été abandonnés. N'est-il pas légitime de dire que, dans l'état actuel des choses, l'accord n'est pas assez complet parmi les médecins sur la valeur scientifique de l'hypnotisme pour qu'on ait le droit d'en faire un instrument de recherches médico-légales ? Nous n'avons guère de moyen de dépister d'une façon absolue la simulation du sommeil hypnotique. J'ai assisté à une scène de simulation dans laquelle le simulateur s'est laissé perforer la peau par des épingles, chatouiller la pituitaire avec une barbe de plume, a respiré de l'ammoniaque sans éternuer ni protester, et n'a même pas cligné de l'œil quand on lui piquait la conjonctive et la cornée.

M. Motet a bien un jour fait acquitter un somnambule accusé d'outrage à la pudeur en obtenant de la cour la permission d'endormir cet homme en chambre du conseil ; mais il s'agissait précisément d'empêcher la condamnation d'un irresponsable, et non de porter atteinte au droit de la défense.

Enfin, le cas, cité par M. Perron, d'un soldat atteint de rétraction spasmodique des doigts qui disparut par l'éthérisation et qui fit conclure à la fraude de cet homme, n'entraîne nullement ma conviction et ne me paraît guère topique. On pourrait parier gros que c'était un cas de contracture hystérique localisée, d'un monospasme des muscles fléchisseurs des doigts et que le soldat était sincère en s'étonnant à son réveil que ses doigts fussent redressés.

P. L. G.

(1) Voir *Concours*, n° 1, 1891.

Administration de la morphine par la muqueuse nasale.

Le *Bulletin médical* nous apprend que M. von Kein a communiqué à l'Association rhinologique américaine un nouveau procédé d'administration de la morphine. Dans une centaine de cas, où une absorption rapide était des plus utiles, l'auteur a utilisé la muqueuse nasale. Les effets thérapeutiques se sont produits dans tous les cas beaucoup plus rapidement que si le médicament eût été introduit par la voie gastrique, plus rapidement même qu'après une injection hypodermique. La dose à employer est la même que pour une injection hypodermique, par conséquent plus faible que celle qu'on doit administrer par la bouche.

Il suffit d'introduire dans la partie antérieure des fosses nasales le médicament en l'aspirant comme on ferait d'une prise de tabac. On divise la dose nécessaire en deux parties égales ; chacune de celles-ci est aspirée dans l'une des narines. La muqueuse de cette région étant très mince, l'absorption se fait en quelque sorte instantanément, ainsi que M. von Kein l'a constaté sur lui-même. Dans certains cas, l'auteur a pu s'assurer que l'absorption était complète au bout de 15 secondes. La seule précaution à prendre consiste à mettre la muqueuse nasale dans un état d'humidité et à se moucher complètement avant d'aspirer la morphine.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I

Règles générales de l'application du forceps.

Dans un article paru dans ce journal il y a quelques mois, nous avons cherché à préciser les indications de l'application de forceps ; voyons aujourd'hui quelques-unes des règles générales qu'il faut observer pour appliquer l'instrument lorsqu'existent les conditions requises pour intervenir (orifice dilaté ou dilatable, membranes rompues, etc.).

« Une application de forceps, c'est l'enfance de l'art obstétrical », diront en souriant quelques-uns de nos lecteurs rompus à la pratique des accouchements. D'accord ; mais alors pourquoi tant

de femmes sont-elles apportées dans les services spéciaux, ayant subi en ville 2, 3, 4, 6 (et même plus) applications infructueuses de forceps, alors qu'*une seule* opération *bien faite* suffit à extraire le fœtus ? En voici deux exemples entre mille ; Une femme, enceinte pour la neuvième fois, était apportée récemment dans ces conditions à la Maternité Baudelocque ; les huit premiers enfants, bien que volumineux, étaient venus spontanément et vivants. Cette fois-ci la sage-femme, voyant que l'accouchement ne se terminait pas, fait appeler un médecin qui fait deux ou trois applications de forceps ; un second confrère ne réussit pas mieux, malgré plusieurs tentatives ; ces exercices opératoires sont répétés de 4 h. à 8 h. du soir, et la femme est envoyée en piteux état dans le service du Pr Pinard. Or le chef de clinique, notre ami Potocki, put, avec une *seule* application de forceps, extraire un enfant énorme du poids de 6 kg. 350 et qui était mort ; mais les battements du cœur n'avaient pas été entendus avant cette dernière application de forceps.

Je fus mieux servi par les circonstances il y a deux ans, étant appelé en remplacement de Potocki pour pratiquer la craniotomie chez une primipare en travail depuis plus de quarante-huit heures. Deux confrères avaient en vain essayé d'extraire l'enfant ; l'un d'eux avait déclaré — après moult tentatives — qu'il était nécessaire de réduire le volume de la tête fœtale. Il s'agissait d'une présentation du sommet en O. I. D. P. avec une bosse séro-sanguine emplissant presque tout le vagin. L'enfant était vivant ; avant de pratiquer la basiotripsie, je demandai la permission de tenter encore une application de forceps et j'eus la joie d'extraire assez facilement un volumineux garçon que je pus ranimer et qui vit actuellement.

Si nous avons réussi dans ces deux cas, c'est que nous avons mis en pratique certaines règles que nous avons souvent entendu formuler et appliquer avec succès par le Pr Pinard et que je vais maintenant résumer.

II

Lorsqu'une application de forceps est décidée, il faut *de toute nécessité faire le diagnostic de la position* et de la variété de position ; le palper et l'auscultation peuvent rendre ici des services, mais c'est surtout à l'aide du toucher digital que le diagnostic doit être établi ; on se guidera pour cela sur la situation de la fontanelle postérieure et sur la direction de la suture sagittale. Dans quelques cas, cette exploration à l'aide du doigt est rendue impossible par la présence d'une bosse séro-sanguine volumineuse qui masque suture et fontanelles. Il faut alors pratiquer le toucher manuel, c'est-à-dire introduire la main dans les organes génitaux et aller à la recherche d'une oreille ; lorsqu'on l'aura sentie, on pourra établir le diagnostic d'après l'orientation du sillon postérieur de cette oreille. Il est souvent utile, parfois nécessaire, pour faire cette exploration, de donner à la femme du chloroforme : l'anesthésie facilitera en même temps l'opération.

Le diagnostic est fait ; il faut avoir présentes à l'esprit certaines règles classiques de l'application du forceps si heureusement résumées par le Pr Pajot : « branche gauche, à gauche, tenue de la main gauche. Tout gauche excepté... l'opérateur. Branche droite, à droite, tenue de la main droite », puis se rappeler qu'il faut toujours commencer par la branche postérieure.

Dans l'application de forceps, il faut surtout chercher à bien appliquer les cuillers de l'instrument par rapport à la tête du fœtus : pour que la prise soit régulière, la tête doit être saisie suivant le diamètre pré-auriculaire et l'axe de l'instrument être autant que possible parallèle au diamètre occipito-mentonnier, le bord concave des cuillers étant tourné vers l'occiput.

D'après les règles classiques, il est facile de savoir à l'avance comment l'instrument doit être appliqué *par rapport aux diamètres du bassin*. Prenons pour exemple l'O. I. G. A. ; il suffit de faire le raisonnement suivant : la suture sagittale répond au diamètre oblique gauche ; le diamètre pré-auriculaire ou le diamètre bi-pariétal se trouve suivant le diamètre oblique droit. C'est donc aux deux extrémités de ce diamètre que doivent être appliquées les deux cuillers du forceps ; l'extrémité postérieure de ce diamètre étant à gauche, c'est la branche gauche qu'il faut introduire la première.

Si l'on suit à la lettre ce raisonnement, si l'on applique systématiquement la branche gauche au niveau de l'articulation sacro-iliaque du côté gauche et la branche droite au niveau de l'éminence ilio-pectinée du côté droit, la prise sera classiquement bonne. Le sera-t-elle en réalité ? Souvent non, parce qu'en introduisant la main droite pour placer la cuiller gauche, l'opérateur achève involontairement la rotation de la tête et transforme cette gauche antérieure en occipito-pubienne. Si les deux cuillers sont alors appliquées suivant le diamètre oblique droit, la tête est mal saisie ; elle est saisie suivant un diamètre *oblique* allant de l'apophyse mastoïde à la bosse frontale opposée et non pas suivant un diamètre *transverse*. L'extraction en sera d'autant plus difficile par suite de l'écartement plus considérable des cuillers ; les tractions seront plus énergiques et la compression exercée par l'instrument plus dangereuse pour le fœtus.

Dans l'O. I. G. A., les inconvénients de cette manière d'opérer sont peut-être moindres : que dans les positions postérieures ou dans les cas où la tête est retenue au détroit supérieur ; une mauvaise prise de la tête fœtale est alors dangereuse parce qu'elle peut rendre l'extraction impossible.

C'est parce que l'accoucheur n'est pas certain de la manière dont il a placé les cuillers, qu'il recommence à plusieurs reprises l'opération ; il espère être plus heureux lors d'une nouvelle tentative ; cette incertitude explique — sans le justifier — le mauvais conseil donné par quelques auteurs de recommencer l'opération par la branche droite, au lieu de la gauche, ou vice versâ lorsqu'on éprouve des difficultés pour l'articulation de l'instrument ou pour l'extraction du fœtus.

III

C'est pour obvier à ces inconvénients que l'on rencontre dans nombre d'applications de forceps, — c'est pour rendre le manuel opératoire plus précis, plus mathématique, plus simple — que le Pr Pinard conseille de se laisser guider — pour le placement des cuillers — par la situation de l'oreille postérieure. Lorsqu'on l'aura trouvée, il sera généralement facile de placer sur elle ou mieux un peu en avant d'elle la cuiller du forceps.

Cette recherche de l'oreille ne se fait pas tou-

jours sans difficultés : il importe d'y procéder avec douceur, lenteur et persévérance, il faut parfois introduire la main très profondément, et ce n'est qu'au bout de quelques minutes qu'on arrive à l'atteindre. Il est utile de s'habituer à ne prendre en main la branche que l'on veut introduire la première que lorsqu'on a l'extrémité des doigts sur l'oreille postérieure ; c'est une précaution que j'ai coutume d'exiger des élèves lorsque je leur fais faire des exercices de forceps sur le mannequin. C'est un moyen de les mettre en garde contre la tendance toute naturelle qu'ont les débutants d'introduire tant bien que mal, — mais le plus vite possible — une branche de forceps dans les organes génitaux. On croit ainsi aller plus vite alors qu'en réalité on opère à *l'aveuglette*, s'exposant à mal saisir la tête fœtale et à recommencer l'opération.

Lorsqu'on a trouvé l'oreille postérieure, lorsqu'on s'est guidé sur elle pour appliquer la première branche, le reste de l'opération n'est plus guère qu'un jeu ; mais il est indispensable que cette première branche ne bouge pas, qu'elle ne soit déplacée ni par l'aide, ni par l'opérateur, ni par l'opérée. Le rôle de l'aide, chargé de maintenir cette branche en place, est donc des plus importants. Après s'être assuré que cette branche postérieure est bien maintenue, on introduit l'autre main dans les parties génitales et sur cette main-guide — sans s'inquiéter de la situation de l'oreille antérieure —, on introduit la branche antérieure que l'on ramène parallèlement à la branche postérieure par un mouvement de spire. L'articulation des deux branches de forceps se fait alors facilement.

Lorsque le forceps est appliqué et articulé, avant de serrer la vis de pression du forceps Tarnier, il faut s'assurer non seulement que la tête est *saisie* et *seule saisie*, mais encore qu'elle est *bien saisie*, *régulièrement prise*. Point n'est besoin pour cette dernière constatation d'introduire profondément la main pour voir si les deux oreilles sont bien au voisinage des fenêtres des deux cuillers : il suffit par le toucher de regarder si la suture sagittale répond bien à l'axe de l'instrument, si elle est à égale distance de la face interne des deux cuillers. Lorsqu'on a acquis cette certitude, on peut exercer des tractions énergiques avec d'autant plus de confiance qu'on ne peut mieux saisir la tête.

Cette manière d'appliquer le forceps est-elle toujours réalisable ? Oui, quelle que soit la hauteur de la tête fœtale, quelle que soit son orientation. Elle est utilisée avec avantage lorsque la tête est à la vulve, dans l'excavation ou au niveau du détroit supérieur. D'une manière générale on peut dire que plus la tête est élevée, éloignée de l'orifice de sortie, plus l'application de forceps est difficile et plus elle a besoin d'être faite conformément à ces principes.

Dr G. LEPAGE.

CORRESPONDANCE

A propos des présentations du siège et de l'ergot.

Les quelques réflexions que nous avons faites (1) sur la conduite à tenir dans le cas de présentation du siège publié par le Dr Reignier, nous ont valu une aimable réponse de ce confrère. Nous la publions avec plaisir :

(1) Voir *Concours médical*, déc. 1890.

Surgères, le 11 décembre 1890.

Mon cher Confrère,

Permettez-moi de répondre à deux ou trois interrogations que vous m'adressez dans le cours de votre très intéressant article.

« Par douleurs physiologiques arrêtées à l'aide du laudanum de Sydenham », j'entends ce que tout le monde comprend sous le nom de « contractions pathologiques » ; le laudanum en lavement, en suspendant le travail pendant quelques heures, permet aux contractions de retour de récupérer l'intermittence et la force. Ceci est généralement accepté. Ce qui l'est moins peut-être, c'est l'action des granules ocytociques, hyoscyamine et strychnine. L'auteur de la méthode leur reconnait le pouvoir de rompre le spasme et la paralysie. La strychnine éperonne ; l'hyoscyamine dilate. Sous cette impulsion motrice, le fœtus ne saurait donc être comprimé et le placenta retenu, puisque l'un et l'autre se trouvent compris dans un parallélogramme de forces qui concourent à l'expulsion. La teinture de seigle ergoté en injection sous-cutanée à la dose d'un gramme arrivait là comme appoint en cas d'insuffisance de la strychnine et trouvait son correcteur dans l'hyoscyamine.

Quant à la statistique d'une mortalité sur trois dans le cas de *siège décomplété* avec *intervention nécessaire*, j'avoue que je n'en suis pas l'auteur et qu'elle est le fait d'un de nos accoucheurs les plus érudits dont le travail a paru récemment dans le *Journal de médecine de Paris*. Disons, en passant, que l'observation par laquelle notre distingué confrère Lepage termine son article — observation de siège décomplété qui lui est propre — n'est pas faite pour diminuer la statistique obituaire que j'ai formulée.

Les injections chaudes que j'ai conseillées (aussi chaudes que les malades les peuvent supporter à défaut de thermomètre) ont été données par la sage-femme, la vie du médecin non spécialiste ne pouvant s'immobiliser au chevet d'une parturiente. Elles n'ont pas abouti. Le ballon Champetier aurait-il mieux réussi que les injections d'eau chaude combinées aux tractions opérées par le leniceps à travers le col ? J'en doute, d'autant plus que l'inertie était amenée ici par l'épuisement résultant de contractions pathologiques.

« Il est parfois loisible, dit notre confrère Lepage, de pénétrer doucement avec la main à travers cet orifice utérin qui se laisse peu à peu dilater. On arrive sur un pied, on l'abaisse, on l'amène à la vulve, etc. » C'est parfait ! Je n'ai point manqué de faire cette manœuvre et j'ai ramené du méconium. La cuisse tendue, la jambe inflexible, collées sur le tronc et la tête, se sont jouées de toutes mes tentatives. Le procédé même qui consiste à augmenter la flexion de la cuisse en appuyant sur le creux du jarret et à *tendre* la main pour recevoir le pied m'a paru dans l'espèce une sublime théorie.

Votre article est excellent, mon cher confrère, mais il est des cas où il y a loin de la coupe aux lèvres et où le malheureux praticien, acculé au double danger de la mort de la femme et de l'enfant, devra se résoudre au banditisme scientifique dont je me suis confessé pour ne pas faire « la vole ». Je suis loin de me faire le chevalier du seigle.

Mon article n'avait point l'ambition de faire naître toute une légion de francs-tireurs pour sauver de la mort finale cet irrégulier. C'est un ennemi à terre, j'en conviens! Mais ce n'est point encore un cadavre.

...Cette force si spécifique sur l'utérus n'a point été créée, en vain, par la Nature et, si elle a commis tant de méfaits, c'est qu'on n'a pas su la réglementer. Pour agir avec plénitude et sécurité, elle a besoin d'un coefficient, c'est-à-dire de l'ajutage des puissances dilatatrices (granules ocytociques). Dans le cas que j'ai soumis à mes confrères et que vous avez eu la bienveillance d'accueillir, j'avais à choisir entre cette force inquiétante, quoique réglementée, ou l'incision du col et le céphalotribe, les manœuvres de traction sur la hanche ou sur le pied n'amenant aucun résultat. Dans un cas, c'était la mort certaine. Dans l'autre, la mort possible. Mon devoir était tout tracé, l'attente n'étant plus permise en raison de l'état menaçant de la mère.

Le problème reste donc tout entier, et le problème est celui-ci :

Quand une inertie est irréductible, même par le ballon Champetier ou les sacs de Barnes (qui me sont familiers); quand le col n'est qu'à moitié dilaté, que le pied ne peut être amené, ni la hanche embrassée par un lacs et que l'enfant se présente au détroit supérieur en position sacro-iliaque antérieure, que faut-il faire ?!!

Tous les cols sont-ils *forcément* dilatables sans incision et toutes les inerties peuvent-elles être vaincues et le sont-elles *nécessairement* sans ergot? Je dis: *Toutes!* S'il en est ainsi, nous n'avons plus en effet qu'à remiser « le galeux de l'obstétrique » au musée Carnavalet.

Agréez, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments dévoués.

Dr Reignier.

—Nous ne voulons point prolonger outre mesure cette discussion; nous croyons même avoir suffisamment répondu à l'avance à la dernière question que pose notre honorable correspondant. Nous ne pouvons dire si TOUS les cols sont forcément dilatables sans incision, ni si *toutes* les inerties sont nécessairement vaincues sans ergot, il n'y a rien d'absolu, même et surtout en obstétrique. Ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'à moins d'altération pathologique (cancer, fibrome, cicatrice, etc.), on peut avec le ballon Champetier amener une dilatation de l'orifice utérin suffisante pour pénétrer dans l'utérus et abaisser un pied. Dans les cas où une lésion du segment inférieur empêchera la dilatation de l'orifice, le seigle ergoté sera particulièrement dangereux.

Inutile de lui faire les honneurs d'un musée : il a tué trop de femmes et d'enfants. Laissons-le végéter dans les vertes campagnes. Qui sait, en effet, si Dame Nature a eu réellement le dessein d'en faire une arme obstétricale? G. L.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La lymphe de Koch et la législation relative aux remèdes secrets.

Barbezieux, le 16 décembre 1890.

Monsieur le Directeur,

Voulez-vous me permettre quelques réflexions au sujet de la lymphe de Koch?

Voilà un procédé qui vient de faire le tour du monde en quelques jours. — Depuis son apparition, vous ne pouvez ouvrir un journal, soit en France, soit à l'étranger, sans y trouver plusieurs articles consacrés à la merveilleuse découverte. Quel tapage!...

Le remède a ses partisans enthousiastes, il a aussi des détracteurs ; d'autres se réservent.

Que l'inoculation soit salutaire, inoffensive ou nuisible, c'est l'affaire des médecins... et des inoculés. Quant à moi, qui suis un profane en tout ce qui concerne la médecine, je ne prends parti ni pour ni contre, mais il m'est bien permis de parler un peu d'une *question de droit* que tout ce bruit pourrait soulever bientôt.

Qu'est-ce donc que ce mystérieux médicament, sinon un remède secret? Lisez les articles 32 et 36 de la loi du 21 germinal an XI, modifiés et complétés par le décret du 3 mai 1850.

Je n'ai pas besoin de rappeler les motifs qui ont guidé nos législateurs quand ils ont prohibé les remèdes secrets. Ils ont exigé que tout médicament fût approuvé par l'Académie de médecine parce que ce grand corps savant, chargé de veiller à ce qui intéresse la santé publique, doit d'abord connaître exactement la composition des remèdes afin d'apprécier s'ils ne peuvent présenter aucun danger dans leur application.

Si l'*Académie de médecine* connaissait la nature de l'invention de Koch, il ne m'est pas prouvé qu'elle en autorisât l'emploi. Des médecins fort honorables doutent encore de son innocuité et il faut, pour s'en convaincre, se livrer à des expériences non sur des animaux, mais sur de pauvres humains dont on pourrait bien hâter la mort.

On prétend que, dans l'armée allemande, la lymphe de Koch est inoculée à chaque recrue. C'est possible; en Allemagne, le soldat n'est qu'une machine de guerre sur laquelle on peut tenter toutes les expériences. Chez nous, on respecte davantage la vie humaine.

Dira-t-on qu'il s'agit là d'une question scientifique d'un intérêt général? Tous les inventeurs de remèdes secrets en disent autant.

Objectera-t-on que le remède secret, pour être interdit, doit avoir été vendu ou mis en vente? Mais j'ai entendu dire que M. Koch a expédié à M. le Docteur Lortet, Doyen de la Faculté de médecine de Lyon, un flacon de la lymphe contre remboursement de 36 francs. Si ce n'est pas vrai, c'est bien vraisemblable. D'ailleurs, le gouvernement de chez Koch lui donne l'exemple, puisqu'il a cru trouver dans ledit remède la source d'un impôt aussi original que productif et pour lequel la réclame va déjà son train...

Ce n'est pas certes que je prétende provoquer l'interdiction en France de l'emploi de ce remède; mais je me demande seulement ce qui se passera quand un autre inventeur entrera en scène, ce qui ne peut manquer d'arriver.

Supposez pour un instant, qu'en France, un médecin de village et un pharmacien de canton, aux noms fort obscurs, prétendent avoir découvert un préservatif infaillible contre la fièvre typhoïde et qu'ils gardent hermétiquement le secret de sa composition; leur permettra-t-on d'en vendre un flacon, même au prix de 36 francs? D'abord leur découverte n'aurait jamais le succès de celle du docteur Koch, et la première raison en est qu'elle serait née en France.

Pour acquérir une certaine célébrité, et en mê-

me temps échapper à l'application de la loi; les inventeurs n'auraient que la ressource imaginée par ce spirituel docteur de Paris qui, désespérant de se créer une clientèle, eut l'ingénieuse idée de dissimuler son diplôme et de se dire rebouteur, procédé qui fit aussitôt affluer les clients dans son cabinet. Nos inventeurs n'auraient qu'à s'intituler Prussiens ou seulement Américains.

Le Docteur Koch ne veut, dit-il, révéler le secret de son invention qu'après qu'il en aura reconnu la complète efficacité. Quelle plaisanterie! Il croit donc que la divulgation de son sécret serait de nature à nuire à la réussite ? Non, il me paraît un assez intelligent philosophe qui connaît bien tout l'attrait du mystère.

M. Pasteur — un savant celui-là, un vrai et bien français, — qui ne bat pas monnaie avec ses découvertes, n'a jamais eu, que je sache, la pensée de cacher la nature de ses virus atténués et la façon de les obtenir.

Quoi qu'il en soit, le remède de Koch est bien un remède secret et, si j'avais l'honneur d'être médecin je n'en ferais point l'emploi sans en connaître la composition.

Veuillez agréer, etc.

DUBRAC,
Président du tribunal de Barbezieux.

Les tarifs des honoraires médico-légaux.

Wassy (Haute-Marne), 3 décembre 1890.

Monsieur et très honoré confrère,

Le zèle que vous apportez à la défense de nos intérêts professionnels m'engage, bien que je ne sois pas un abonné du *Concours médical*, à venir m'adresser à vous et recourir à vos conseils pour une affaire qui, tout en m'étant personnelle, n'en intéresse pas moins un grand nombre de nos confrères.

Il s'agit du fait suivant :

Je suis, depuis 11 ans, le médecin du parquet de l'arrondissement de Wassy. Jusqu'à il y a un an il m'avait toujours été fait dans la taxation de mes mémoires de frais de justice criminelle, application de la taxe d'opération plus difficile que la simple visite pour tous les examens des organes génitaux de femmes accusées d'avortement ou d'infanticide et d'enfants victimes d'attentats à la pudeur.

Je suivais, dans la rédaction de ces mémoires, l'habitude de mes prédécesseurs, habitude qui me paraissait absolument conforme au décret du 18 juin 1811.

Jusqu'à l'année dernière cette taxe m'avait été allouée ; mais, depuis un an, toutes les opérations de ce genre me sont impitoyablement refusées et me reviennent réduites au taux de la simple visite. Deux fois de suite j'ai réclamé et le procureur général de la Cour de Dijon m'a donné gain de cause. Je viens de réclamer une troisième fois près de ce magistrat pour une réduction portant sur 5 examens de petites filles victimes d'attentats à la pudeur pendant le 3e trimestre 1890.

Cette fois, M. le procureur général maintient la réduction en disant qu'elle était justifiée par les lois, décrets et réglements, et appliquée à tous les médecins dans le ressort de Dijon.

J'avais cependant fait remarquer au procureur général que de 1846 à 1889 tous ces examens avaient été taxés ainsi qu'il suit : simple visite 3 fr., opération plus difficile 5 fr., total 8 fr. Que jamais cette taxe n'avait été contestée, qu'elle n'avait jamais donné lieu à une poursuite en restitution de la part de la chancellerie, ce que cette dernière n'aurait certainement pas manqué de faire si elle avait été indûment payée ; — que lui-même, à deux reprises différentes, avait fait droit à ma juste réclamation ; — bref, que je ne doutais pas qu'une troisième fois encore il y ferait droit.

Je vous ai dit quelle était la réponse que j'avais reçue.

Je tiens à vous faire remarquer, que c'est précisément au moment où, d'un point de la France à l'autre, tous les médecins réclament contre ce décret de 1811, que se produit, de la part du parquet général de Dijon, une réduction dans les mémoires de tous les médecins du ressort. Réduction d'autant plus incompréhensible qu'elle ne s'était jamais produite auparavant.

Dans ces conditions, quelle conduite dois-je tenir ? Je considère cette question comme ne m'étant pas absolument personnelle, mais comme intéressant tous les confrères qui sont dans mon cas.

Il n'y a pas là une simple question d'honoraires, j'y vois aussi un intérêt de dignité professionnelle.

Suis je fondé dans ma réclamation ?

Et dans ce cas ne dois-je pas adresser mon mémoire au garde des sceaux.

Si je ne suis pas importun, je vous serais fort obligé, Monsieur, de vouloir bien m'éclairer de vos conseils.

Veuillez agréer, monsieur et honoré confrère, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

ALF. CHEVANCE.

Nous avons répondu à notre honorable correspondant qu'il devait faire, comme il le dit, une réclamation directe au garde des sceaux et nous l'avons prié de vouloir bien nous communiquer la réponse qui lui sera faite.

Elle importe en effet, puisque, malgré la revision qu'on nous a promise, des tarifs des honoraires médico-légaux nous sommes fondés à croire que cette réforme, comme toutes celles qu'on nous promet, ne verra le jour que dans un avenir lointain.

Que notre confrère, s'il n'obtient pas satisfaction, se concerte avec ses collègues de département et qu'ils fassent *grève*, comme les médecins de *Rodez*

C'est le seul moyen efficace que nous ayons malheureusement à notre disposition. A. C.

SYPHILIGRAPHIE

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

Nourrices et nourrissons syphilitiques.

La question que je désire étudier aujourd'hui avec vous est une question de la pratique journalière, bien simple en apparence, bien difficile en réalité. Une nourrice se présente chez vous pour vous consulter avec son nourrisson. Elle vous explique qu'elle est inquiète sur la santé de l'enfant, qu'elle craint qu'il n'ait le « mauvais mal.» Elle vous demande si elle peut continuer à le nourrir sans danger, ou si elle doit, au contraire,

renoncer à l'allaitement. Votre premier mouvement sera peut-être d'examiner l'enfant et de donner de suite, catégoriquement, le renseignement qu'on vous demande. Mais cette conduite, si naturelle en apparence, ne laisserait pas de vous exposer à force désagréments. En présence de cette situation délicate devant laquelle vous pouvez peut-être vous trouver à l'improviste ce soir ou demain, il importe donc que vous ayez une ligne de conduite tout arrêtée d'avance, que vous sachiez bien si vous devez répondre, quand vous devez répondre et jusqu'à quel point vous devez répondre.

Supposons tout d'abord le cas le moins embarrassant. L'enfant a été placé en nourrice loin de sa famille. La nourrice chargée de lui à la campagne ne fait, en venant vous consulter, que remplir un devoir strict ; c'est elle qui remplace les parents absents ; elle a plein droit pour se renseigner sur la santé de l'enfant. Vous pouvez donc, en pareil cas, examiner l'enfant. Vous pouvez et devez dire à la nourrice, si elle doit suspendre ou continuer l'allaitement. Vous devez prescrire de suite le traitement spécifique approprié. Vous devez même, et c'est là un quatrième point trop souvent oublié, prévenir la nourrice des dangers de contagion que présentera ce nourrisson alors même qu'il sera sevré et ajouter que ces dangers porteront non seulement sur la nourrice qui soigne l'enfant, mais sur toutes les personnes de l'entourage et en particulier sur les autres enfants qui pourraient jouer et manger avec lui. Mais rappelez-vous bien qu'en donnant tous ces renseignements, vous devez vous garder de prononcer le mot ou même de confirmer l'idée de syphilis. Vous devez couper court à toutes les questions qui pourraient vous être adressées à cet égard. Ce n'est pas à vous à fournir un prétexte aux bavardages et aux récriminations de la nourrice. A plus forte raison, alors même que vous seriez médecin-inspecteur, et que c'est à ce titre que vous examineriez l'enfant contaminé, vous garderez-vous d'écrire ce diagnostic sur le carnet remis à la nourrice, carnet où vous avez à noter les diverses maladies de l'enfant. En le faisant, vous manqueriez gravement au secret professionnel, car vous révélez du même coup la syphilis des parents. Ce manquement grave n'aurait même pas l'excuse d'ajouter quoi que ce soit à la préservation de la nourrice. Les précautions impérieuses que vous lui avez recommandées suffiront sans autres détails.

Autre cas plus embarrassant. La nourrice qui vient vous amener son nourrisson est une nourrice sur lieu ; elle est venue chez vous en cachette de la famille. Faut-il, dans ces conditions, lui répondre ? Faut-il même consentir à examiner l'enfant ? Les nombreux confrères à qui j'ai soumis ce véritable cas de conscience peuvent se ranger en deux grandes catégories. Les uns examinent l'enfant, puis, leur examen fait, disent simplement à la nourrice si elle peut oui ou non continuer à nourrir, sans ajouter un seul mot. Les autres, plus sévères, se récusent absolument ; ils engagent la nourrice à revenir avec le père ou la mère ; ils l'engagent à s'adresser au médecin de la famille. « Je n'ai point, vous disent-ils, le droit d'examiner un enfant en cachette de ses parents. Il y aurait là plus qu'une incorrection. »

Ces scrupules, tout honorables qu'ils sont, sont, en réalité, excessifs. Cet examen n'est nullement préjudiciable à l'enfant. D'autre part, refuser de le faire, conseiller à la nourrice de revenir avec le père ou la mère, de s'adresser au médecin de la famille c'est, en réalité, la condamner à la syphilis. Les moyens que vous lui indiquez sont impraticables pour elle ; elle patientera, elle se résignera comme tous les faibles, finalement elle sera contaminée. D'autre part, n'a-t-elle pas un double droit de se renseigner sur la santé de son nourrisson suspect : droit de légitime défense d'abord, droit de réciprocité ensuite, puisqu'elle-même n'a été acceptée dans la famille qu'après un ou plusieurs examens médicaux, examens singulièrement plus pénibles et plus intimes que le simple coup d'œil qu'il vous suffira de jeter sur son nourrisson.

Vous ne devez donc refuser ni l'examen, ni la réponse à la question : « Puis-je, sans danger, continuer l'allaitement ? » C'est là le parti véritablement humain. C'est là la solution qui a été défendue au dernier Congrès de médecine légale. C'est celle qu'adopte M. Brouardel qui regarde « la défense de la nourrice vis-à-vis de la syphilis comme un véritable devoir ». Serait-ce également, en cas de contestation juridique, la solution adoptée par les tribunaux ? A défaut de jugement précis sur cette question spéciale, divers arrêts et, en particulier, un arrêt célèbre de la Cour d'appel de Lyon, permettent de le supposer. « Le médecin, qui sciemment laisse ignorer à une nourrice les dangers de contagion auxquels l'expose un enfant syphilitique, peut être déclaré coupable des conséquences de sa réticence », dit même l'un des principaux considérants de cet arrêt.

Mais quand vous avez dit à la nourrice si elle peut ou non continuer l'allaitement, votre rôle est terminé. A toutes les questions sur la nature du mal, vous devez opposer un silence absolu, à toutes les demandes de certificat ou même d'ordonnance, un refus formel. Permettez-moi d'insister sur le refus de toute ordonnance ; la nourrice a le droit de se renseigner, mais les parents seuls ont le droit de faire soigner leur enfant. Vous répondez donc simplement à toutes les prières de la nourrice : « La consultation pour vous, je vous l'ai donnée, je n'ai pas un mot de plus, pas un écrit à ajouter. Adieu. »

(*Gazette des Hôpitaux.*)

BULLETIN DES SYNDICATS

Revision de la loi du 19 ventôse an XI.

Par M. le Dr Mignen, *président de l'Union des Syndicats.*

(*Suite*).

La loi du 21 germinal an XI, article 27, accorde aux médecins établis dans les bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmacien ayant officine ouverte, le droit de délivrer des médicaments à leurs malades. Avec la loi proposée, ce droit ne leur est maintenu que s'ils habitent à une distance de quatre kilomètres au moins d'un pharmacien.

La loi actuellement encore en vigueur *ne fixait pas de distance* : le médecin qui en profite va donc être lésé dans ses intérêts. En effet, un certain nombre de médecins établis depuis de longues années dans de petits bourgs, y font de la pharmacie. Ils ont dû, le plus souvent, se faire construire une maison d'habitation, n'en trouvant

pas d'appropriée à leurs besoins, et, parmi eux, il en est beaucoup qui se trouvent installés à moins de quatre kilomètres d'une pharmacie. Leur interdire la vente des médicaments, c'est les empêcher de gagner de quoi vivre.

Ces médecins ont, ce nous semble, des droits acquis, et leur situation est d'autant plus respectable qu'elle a été créée conformément à la loi.

Nous réclamons donc que, leur vie durant, ils puissent exercer la pharmacie dans les conditions actuelles ; qu'en un mot *la loi nouvelle n'ait pas d'effet rétroactif*. Il appartient au législateur de voir si la disposition que nous combattons n'aurait pas pour effet d'éloigner les médecins de tous les petits centres, où ils ne trouveraient plus de moyens d'existence suffisants, et, par suite, de rendre les visites médicales par trop onéreuses aux malades de la campagne.

La commission terminait son article 15, dont il vient d'être question par un paragraphe ainsi conçu :

« Pour satisfaire aux cas d'urgence, les médecins, même alors qu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la localité qu'ils habitent, sont autorisés à avoir chez eux certains remèdes, dont la liste sera dressée par un règlement d'administration publique, qu'ils pourront distribuer à leurs malades, dans les circonstances prévues par le même règlement. »

Ce paragraphe est supprimé dans le projet du gouvernement. Nous demandons qu'il y soit placé, et cela pour plusieurs raisons.

Pourquoi la loi refuserait-elle au médecin le droit de délivrer à ses malades, et sous sa responsabilité, les médicaments urgents ? Quand, à dix ou quinze kilomètres de son domicile, le médecin constate un cas d'empoisonnement, ne devrait-il pas avoir le droit — ce devrait être considéré comme un devoir — d'administrer lui-même le médicament urgent qu'il porte avec lui ? Aller le chercher à la ville, c'est perdre un temps précieux, c'est donner au malade le temps de mourir dix fois : c'est inhumain.

N'est-il pas singulier, pour ne pas dire plus, que l'on soit obligé de rechercher si le médecin qui inocule à ses malades la lymphe de Koch n'agirait pas en violation de la loi de germinal an XI ? Si l'on découvre demain un liquide vaccinal contre la diphtérie, la fièvre typhoïde, etc., etc., est-ce qu'en l'utilisant nous nous exposerions à des poursuites ? Il en serait probablement ainsi sous l'empire de la loi actuelle, ce qui, en soi, serait monstrueux.

Il est donc absolument nécessaire que le paragraphe qui termine l'article 15 du projet de la commission, paragraphe que nous venons de reproduire textuellement, soit inscrit dans la loi. C'est pour le médecin, dans les cas urgents, un devoir de donner à ses malades les médicaments susceptibles de parer aux accidents actuels, et dont il y aurait péril et inhumanité à retarder l'administration.

Article 17, de la Commission :

« A partir de la promulgation de la présente loi, les médecins jouiront du droit de se constituer en association syndicale dans les conditions de la loi du 21 mars 1884. »

Cet article n'a pas d'équivalent dans le projet du gouvernement. Il y a là une omission voulue que nous ne saurions nous expliquer. Depuis 1881, les syndicats médicaux existent : il en est plus de 200, comme le relate M. le Dr Chevandier dans un récent rapport. Or, les syndicats médicaux ont aujourd'hui fait leurs preuves : ils ont rendu faciles les relations entre confrères qui vivaient isolés, les ont amenés à se mieux connaître, à s'estimer, à s'entr'aider mutuellement ; ils ont amélioré la situation tant individuelle que collective des médecins qui en font partie, et c'est à eux que les pouvoirs publics ont légitimement cru devoir s'adresser dans certaines circonstances qui leur faisaient désirer des renseignements précis. Pourquoi donc leur refuser l'existence légale ? Les médecins sont-ils moins dignes de la liberté que les membres des professions commerciales et industrielles ? Pourquoi leur dénier le droit de défendre leurs intérêts moraux et professionnels ?

Une telle anomalie n'a que trop duré, et ce n'est pas trop demander à nos confrères de la Chambre des députés et du Sénat que de les prier de se souvenir qu'ils sont médecins eux aussi, et que leur devoir est d'appuyer de tous leurs moyens les efforts de leur collègue M. le Dr Chevandier.

L'article 17 du projet du gouvernement oblige le médecin, sous peine d'une amende de 100 à 500 fr., « à faire à l'autorité publique, dans un *délai de vingt-quatre heures*, la déclaration des cas de maladies transmissibles tombés sous son observation et n'engageant pas le secret professionnel », et dont la liste sera dressée en même temps qu'on indiquera le mode de déclaration.

Nous souhaitons que l'obligation prescrite par cet article soit imposée au médecin : il y a là un intérêt général de premier ordre. Mais le délai de 24 heures est trop court, et l'amende, fixée de 100 à 500 francs, considérablement exagérée.

L'article 22 du même projet frappe l'exercice illégal de la médecine d'une amende de 100 à 500 francs ; il en résulterait donc que, dans l'esprit du législateur, la vraie déclaration d'une maladie contagieuse et l'exercice illégal de la médecine sont deux délits équivalents, ce qui est inadmissible.

Nous croyons que l'amende ne devrait être que de un franc à cinq francs au plus, car il faut bien remarquer que le délai de 24 heures sera souvent insuffisant pour établir un diagnostic certain, et que, dès lors, le médecin le plus consciencieux aura, de ce chef, à redouter des ennuis presque impossibles à éviter.

Article 32 (projet du gouvernement).

« La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine peuvent être prononcées accessoirement à la peine principale contre tout médecin, officier de santé, dentiste autorisé ou sage-femme, qui est condamné :

1° à une peine afflictive ou infamante ;

2° à une peine correctionnelle prononcée pour crimes de faux, pour vol où escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 334 et 345 du code pénal ;

3° à une peine correctionnelle prononcée par une Cour d'assises pour les faits qualifiés crimes par la loi ;

En aucun cas la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine n'est applicable aux crimes ou délits politiques. »

Article 33.

« L'exercice de la médecine par les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension

temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine, dans les conditions spécifiées à l'article précédent, tombe sous le coup des articles 22, 23, 24, 25 et 26 de la présente loi. »

(Ces articles ont trait à l'exercice illégal de la médecine avec ou sans usurpation de titre.)

Bon nombre de nos confrères, mus par un sentiment élevé de la dignité professionnelle, partagent les idées du législateur. Mais, nous plaçant au point de vue de l'équité, il nous semble que celui qui, par l'obtention d'un diplôme, a acquis le droit d'exercer la médecine, doit retrouver ce droit intact lorsqu'il aura purgé la condamnation dont il a été frappé. Le diplôme lui permet de gagner son pain et le pain de ses enfants. Que peut faire, après quelques années de prison, un médecin coupable ? Quel métier nouveau lui procurera des moyens d'existence ? Est-ce que l'avocat auquel on a retiré le droit de plaider, est-ce que le juge révoqué ne peuvent pas créer des cabinets d'affaires ?

Nous refuserions tous rapports médicaux avec un confrère indigne, mais nous croyons qu'il serait injuste de lui enlever le droit d'exercer sa profession, non toutefois sans quelques restrictions. Ainsi, il ne pourrait plus délivrer de certificat, être appelé dans une expertise médico-légale, diriger un service d'hôpital : dans toute autre circonstance, il aurait la faculté de répondre à l'appel du client qui ne lui aurait pas retiré sa confiance.

De notre sentiment résulte donc que le médecin exerçant en vertu d'un diplôme régulier ne peut être poursuivi pour exercice illégal de la médecine.

Nous ajouterons que la commission est sans doute de notre avis, puisque, dans son projet, il n'est question ni de la suspension temporaire, ni de l'interdiction absolue de l'exercice de la médecine.

(*A suivre.*)

Société locale des médecins de Saône-et-Loire.

Réunion du 5 *octobre* 1890.

Présidence de M. le docteur Sassier

Nous détachons quelques passages intéressants de l'allocution du président :

Mes chers Confrères,

Depuis notre dernière réunion, au point de vue général, notre existence a été aussi calme que possible ; je n'ai à vous signaler aucun fait particulier ; aucune demande de secours ne nous a été adressée.

Il n'en a pas été ainsi au point de vue local, et je suis heureux d'appeler votre attention sur un événement très important qui s'est produit à Chalon.

Sur l'initiative de quelques confrères, les médecins de la ville se sont réunis pour s'occuper de leurs intérêts, élaborer un tarif minimum d'honoraires, et discuter d'autres questions professionnelles.

L'accord le plus complet s'est bien vite établi entre tous.

Le docteur Trossat vous entretiendra tout à l'heure des résultats acquis ; ils sont importants ; mais, à mes yeux, ils ont une portée plus élevée que la légitime satisfaction des intérêts en cause.

Ces réunions, que nous avons renouvelées tous les trois mois, ont effacé les désunions, les rivalités, les griefs souvent peu fondés qui ne divisaient que trop les médecins de Chalon.

Elles ont ramené parmi nous la concorde et la cordialité, au grand profit de la dignité professionnelle.

Il serait fort désirable que la mesure se généralisât et fût adoptée partout où plusieurs médecins exercent et sont en contact journalier ; car, c'est une vérité bien acquise que les intérêts médicaux sont plus sûrement sauvegardés par la collectivité que par l'isolement.

Indemnité de maladie.

Dans notre dernière réunion, vous avez repoussé le vœu de la Société de la Gironde concernant la fondation d'une assurance mutuelle contre la maladie ; vous avez adopté le vœu de la Société de l'Oise spécifiant une indemnité temporaire en faveur des confrères qu'un accident, ou une maladie, mettraient dans l'impossibilité de subvenir à leurs besoins, et à ceux de leur famille ; vous avez prélevé sur votre avoir une somme de 500 francs pour commencer un fonds spécial destiné à parer aux premières éventualités.

Vous avez donc pris une décision ferme sur laquelle vous ne reviendrez probablement pas.

Vous voterez aujourd'hui une nouvelle somme de 500 francs et notre caisse d'assistance sera fondée avec un capital de 1,000 francs, les 500 francs votés l'année dernière n'ayant heureusement pas eu d'emploi.

Il est vraisemblable que cette caisse, ainsi constituée, répondra à tous nos besoins ; nous continuerons à l'alimenter si elle venait à être naturellement diminuée par un chiffre trop élevé d'indemnités à servir.

L'Association générale ne refuserait pas de nous venir en aide dans le cas où des nécessités impérieuses nous obligeraient à réclamer son concours momentané ; et cela, dans la limite des Statuts, et sans compromettre la situation financière si prospère.

Cette solution de la question en discussion réunira-t-elle l'adhésion de la majorité des Sociétés ? C'est fort probable, puisqu'elle remplit le but que nous nous proposons d'atteindre sans exiger de prime onéreuse, sans nécessiter une élévation de la cotisation, ni d'autre réglementation que la connaissance bien établie de la position précaire des confrères qui se trouveront dans le cas de recevoir une allocation de maladie.

Presque toutes les sociétés possèdent une réserve suffisante pour consacrer à l'assistance de leurs confrères nécessiteux des sommes qui ne sauraient trouver un meilleur emploi.

Déjà quelques sociétés, celles de la Nièvre et du Pas-de-Calais, entre autres, ont pris une résolution conforme à la nôtre ; attendons avec confiance le résultat de la nouvelle enquête.

Nous pensons bien que la Société de Saône-et-Loire, qui a pris l'initiative ci-dessus, adhérera volontiers au plan général qui sera peut-être adopté par l'Association générale et sur le même sujet nous reproduisons un passage du Rapport du Dr *Binet*, délégué à l'Assemblée générale :

Chers Confrères,

« Ce qui domine dans l'aspect des réunions de l'Association générale, en 1890, c'est l'activité croissante des diverses sociétés locales et du Conseil

général. De tous côtés on éprouve un besoin de sortir de l'ornière où se trouve notre corporation, une nécessité d'agir ensemble, de nous sentir les coudes pour être plus forts, qui est un puissant stimulant.

Le Conseil général a résisté un peu à ce courant d'opinion. Il craignait que l'Association ne se lançât dans une voie insuffisamment explorée et il se retranchait, pour ne pas compromettre les importants résultats acquis, dans une temporisation qui ne pouvait aller de pair avec l'élan des aspirations du corps médical.

Nous sommes loin d'incriminer cette conduite ; nous croyons que, dans une semblable situation, il est utile d'avoir un frein modérateur et éclairé qui réprime les ardeurs trop vives et maintienne le char dans la bonne voie. Aussi, de ce conflit généreux entre la sagesse du Conseil général, un peu réfractaire aux innovations, et l'élan des sociétés locales plus aux prises avec les dures nécessités de la vie et de la pratique professionnelle, est-il résulté une sécurité plus grande dans les réformes soumises ainsi à la discussion et à une étude plus approfondie......

Sur l'intervention chaleureuse de M. Cézilly, de MM. Verdalle, Pitres et Lande, de la Gironde, etc., il a été décidé, à l'unanimité, que la question *indemnité de maladie* restait à l'ordre du jour, que la Commission, auteur du rapport, se chargera de réunir tous les projets ou documents qui lui seront adressés ultérieurement et que cette Commission fera appel, à titre consultatif, aux médecins qui ont étudié la question de l'indemnité en cas de maladie.

Il y a eu une certaine résistance de la part du bureau au vote de cette décision, mais le dévouement du Conseil général s'est incliné devant l'opinion de la grande majorité de l'Assemblée et le vote a été unanime. C'est une grosse besogne de taillée pour la Commission, mais elle en sera bien récompensée, si elle arrive à une solution satisfaisante, par la reconnaissance de tous les médecins.....

On s'anime un peu dans la discussion, mais la divergence d'opinion fait ressortir l'intérêt qu'on porte aux questions qui nous touchent de si près. Les princes de la science font cause commune avec les plus humbles praticiens, les aidant de leur autorité, s'inclinant devant leur opinion librement émise. Tous donnent l'exemple de la plus parfaite solidarité pour le plus grand bien de la corporation. »

Rapport du secrétaire, M. le Dr Trossat.

« Notre honorable président, M. le docteur Sassier, vous a déjà parlé de l'heureuse concentration qui s'est opérée, le 2 décembre 1889, parmi les docteurs en médecine de Chalon. Je m'empresse d'ajouter que la *Société des médecins de Chalon* (1) a choisi pour président M. le docteur Sassier, dont les conseils éclairés ne nous ont jamais fait défaut.

Permettez-moi de vous donner, *in-extenso*, lecture de notre règlement qui vous fera connaître immédiatement le but de notre Société.

Article premier. — Il n'y aura plus de Médecin spécial pour les Sociétés de secours mutuels, existantes ou à créer, de la ville et de la campagne. — Toutefois, les Médecins qui donnent actuellement des soins par abonnement aux Sociétés pourront continuer leurs fonctions.

Art. 2. — Si une place de Médecin devient vacante par suite de la démission volontaire et écrite du titulaire ou pour toute autre raison, aucun Médecin ne sera plus, à l'avenir, spécialement chargé de donner des soins à cette Société ; mais tous les Médecins soussignés seront appelés, suivant les préférences des membres sociétaires, aux conditions de l'Article 4.

Art. 3. — Les Sociétés qui viendraient à s'adresser à un Médecin seront invitées par celui-ci à s'entendre avec le Président de l'Association des Médecins, qui leur fournira les explications nécessaires, ainsi que la liste de tous les confrères qu'elles pourront faire appeler.

Art. 4. — A partir du 1er janvier 1890, les visites et consultations seront fixées à deux francs pour toutes les Sociétés de Chalon qui ont et auront le libre choix du Médecin. — Le paiement sera effectué par la caisse de la Société.

Art. 5. — Avis des présentes décisions sera immédiatement donné à MM. les Présidents des Sociétés intéressées.

Art. 6. — Les conditions énoncées plus haut ne concernent ni les opérations sérieuses, ni les accouchements, lesquels seront librement et consciencieusement appréciés, quant aux honoraires, par le Médecin traitant.

Art. 7. — Dans le cas où l'un des Médecins soussignés viendrait à violer le présent Règlement, ses confrères s'engagent à lui refuser tout concours dans l'exercice de sa profession.

Art. 8. — Lorsqu'un Médecin viendra s'établir à Chalon, la Commission permanente lui donnera, sans délai, communication du Règlement, avec prière d'y adhérer. En cas de refus, le Médecin tombera sous l'application de l'Article 7.

Art. 9. — En ce qui concerne les Sociétés ayant deux Médecins, lorsque l'un d'eux cessera définitivement ses fonctions, il ne pourra être pourvu à son remplacement ; son confrère continuera seul à donner des soins à cette Société.

Art. 10. — L'Assemblée décide qu'elle se réunira le premier samedi des mois de janvier, avril, juillet et octobre de chaque année.

Art. 11. — Le présent Règlement sera imprimé et distribué à tous les médecins faisant partie de l'Association.

Art. 12. — MM. les docteurs Sassier, Lagrange et Trossat sont nommés à l'unanimité membres du Bureau, chargés de veiller aux intérêts de l'Association.

Art. 13. — Le tarif spécial d'honoraires pour les Sociétés de secours mutuels et la clientèle privée de la ville et de la campagne sera annexé au présent Règlement.

Je me dispenserai de vous communiquer le tarif des honoraires, car il ne peut avoir qu'un intérêt local.

Il ne suffit pas toujours de faire un règlement, encore faut-il pouvoir l'appliquer ? Je suis heureux de vous annoncer que, jusqu'à présent, nous n'avons point rencontré de difficultés insurmontables. Les Sociétés de secours mutuels ont naturellement résisté, mais elles ont dû céder devant l'union du corps médical chalonnais.

En ce qui concerne la clientèle de la ville et de la campagne, de l'avis de tous nos confrères, le

(1) La Société des médecins de Chalon, parmi lesquels nous comptons quelques membres du Concours, est un véritable syndicat ; pourquoi n'en prend-elle pas le nom ? Elle y trouverait bien des avantages. A.C.

taux moyen des visites s'est sensiblement élevé.

Vous reconnaîtrez facilement l'importance de ces deux premiers résultats.

En outre, la Société a voté la création d'un livre noir où figurent, après avis de l'Assemblée, le nom des clients qui refusent, malgré une situation pécuniaire satisfaisante, de payer leur médecin et de ceux qui n'hésitent pas à invoquer la prescription. Ce fait s'est produit plusieurs fois cette année à Chalon.

Enfin, dans la dernière réunion, il a été décidé que les médecins exigeraient dorénavant des Compagnies d'assurances sur la vie un supplément d'honoraires de 5 francs chaque fois qu'ils devraient pratiquer l'examen des urines.

Cette décision, prise le 5 juillet dernier et communiquée aussitôt aux Agents généraux des Compagnies d'assurances de notre ville a été parfaitement accueillie : une seule Compagnie a préféré avoir recours à un pharmacien. Pour nous, le résultat est le même ; nous ne demandons à être rétribués qu'en proportion des services rendus.

En résumé, mes chers Confrères, notre Société des Médecins de Chalon a fait, en moins d'un an, un grand pas dans la voie des améliorations. Elle doit ses succès, comme je ne saurais trop le répéter, à son union parfaite ; elle est actuellement une force capable d'assurer notre prospérité matérielle tout en maintenant la dignité du corps médical chalonnais.

Cet exemple de solidarité, nous le proposons à tous nos confrères du département et à ceux des grandes villes en particulier. Nous serions trop heureux si, l'année prochaine, à pareille époque, nous pouvions leur adresser publiquement nos plus chaleureuses félicitations. »

Les *syndicats* pourraient trouver d'utiles enseignements et un modèle à imiter dans les décisions de la Société des médecins de Chalon. C'est dans ce but que nous les reproduisons au Bulletin.

A. C.

Syndicat de la Loire-Inférieure

Séance du 29 août 1890.

Présidence de M le docteur Porson.

Sont présents : MM. Porson, Destez, Patoureau, Crimail, Jouon, Chachereau, Grimaud, Lecambre, Vince, Attimont, Bécigneul, Berneaudeaux, Toché.

M. le docteur Grias, membre du Syndicat de Quimperlé, nous faisait l'honneur d'assister à la séance.

MM. les docteurs Boutin, de Clisson, et Guihal, de la Chapelle-Basse-Mer, sont admis à l'unanimité membres du Syndicat.

La question des certificats de décès, par suite de l'absence ou des occupations nombreuses des membres de la Commission chargée de l'étudier, est renvoyée à plus tard.

Le vœu, envoyé par le Syndicat et concernant les instructions à donner aux sages-femmes, a été transmis à l'Académie de médecine. C'est ce que nous apprend une lettre que nous adresse M. le Préfet de la Loire-Inférieure.

Deux lettres nous ont été adressées par des confrères, l'un de Laval, l'autre de Marseille. Ils demandent nos statuts pour leur servir de modèle, désireux qu'ils sont de constituer des Syndicats dans leurs départements, et s'ils s'adressent à nous, c'est, disent-ils, parce que notre Syndicat est des plus florissants.

Il a été relevé deux cas d'exercice illégal de la médecine à la charge d'un empirique : ils seront signalés au Parquet, qui poursuivra le délinquant.

Un bandagiste a-t-il le droit de recevoir des clients et de leur appliquer un bandage, sans que ceux-ci aient consulté un médecin ? Cette question se représente encore. Le Syndicat pense que le bandagiste fait de la médecine illégale ; car, avant d'appliquer le bandage, il faut examiner le malade, voir si la tumeur est bien une hernie ; cela suppose des connaissances médicales qui manquent à un bandagiste et nécessite la visite d'un médecin.

Une Compagnie d'assurances peut-elle exiger d'un médecin un certificat constatant une maladie, sa cause, sa durée, les soins donnés, etc... ? Non. Le médecin peut toujours, et même dans certains cas, doit refuser le certificat ; il outrepasserait ses droits et violerait le secret professionnel. Cette question, soulevée accidentellement, sera mise à l'ordre du jour d'une prochaine séance.

Un médecin, membre du Syndicat, n'a pas voulu faire cause commune avec ses confrères, dans des démêlés que nous avons eus récemment avec une importante Société de Secours mutuels. Par 9 voix contre 2 et 2 abstentions sur 13 votants, le Syndicat décide de considérer la lettre par laquelle ce confrère déclare se séparer de nous dans la circonstance indiquée comme une lettre de démission et d'accepter cette démission.

De l'encaissement des honoraires des médecins syndiqués

Il est accordé à l'encaisseur :

10 p. % jusqu'à 25 fr. exclusivement.
6 — 50 —
4 — 100 —
3 au delà de 100 —

Il ne sera pas tenu compte du temps écoulé entre les visites faites et la présentation de la note, ni de la façon dont le paiement aura été effectué.

Le mode de recouvrement des honoraires qui suit est recommandé, de préférence à tout autre : faire remettre les notes vers le commencement du mois de mai et novembre, et, un mois après, faire présenter par l'encaisseur celles qui sont restées impayées. L'encaisseur se présentera ainsi avant les changements de domicile.

Les Médecins du Syndicat sont instamment priés de faire porter leurs notes par l'encaisseur dont la rétribution sera de 0 fr 10 par lettre. (En cas de paiement à l'encaisseur, dans ces circonstances, sa rétribution sera fixée de gré à gré.)

Les lettres écrites et expédiées par l'encaisseur seront payées 0 fr. 20, timbre compris.

Les conditions d'encaissement, en dehors des limites de l'octroi, seront traitées de gré à gré avec l'encaisseur.

Il est expressément recommandé aux médecins d'acquitter leurs notes, *surtout les notes ne dépassant pas 10 francs.*

Ce règlement est toujours revisable.

La séance est levée à 9 heures.

REPORTAGE MÉDICAL

Le Comité consultatif d'hygiène a voté « qu'il y a un intérêt scientifique à ce que les expériences sur le *Remède de Koch* soient continuées en France ». M. *Laborde* s'élève contre cette décision ; il blâme les expériences faites sur l'homme, avec un remède secret et voudrait les voir réduites à des expériences de laboratoire.

Le Comité consultatif aurait été mieux inspiré de ne point tant se hâter ; le combat paraît devoir bientôt finir faute de combattants.

— Nous avons, à ce jour, la *Lymphe française* de M. le Dr Léon Petit. Elle donne les mêmes réactions que la lymphe de Koch ; mais elle aussi est secrète ; alors à quoi bon ! Il est vrai que notre confrère va se borner à l'expérimenter sur les animaux.

En tout cas, d'études médico-légales récentes, il résulte qu'en cas de mort, ou d'infirmités, après injection de la lymphe, le médecin peut être actionné en dommages-intérêts au correctionnel ou au civil, même avec l'autorisation formelle du malade, ou de ses ayants-droit.

— *Les Assistants.*— A Saint-Louis, MM. Besnier et Vidal, ont demandé à avoir dans leur service un assistant nommé au concours ou choisi par les chefs de service parmi les médecins du Bureau central. M. *Huchard* propose que tout médecin ou chirurgien des hôpitaux puisse choisir son assistant. Il préconise, en outre, la suppression de l'externat ; la modification des concours actuels pour les médecins, chirurgiens, accoucheurs des hôpitaux ; l'obligation pour les chefs de service et leurs assistants, chefs ou aides de clinique de se consacrer à l'enseignement, la faculté pour les professeurs de réclamer une rétribution des étudiants ; la séparation absolue du corps enseignant et du corps examinant ; l'admissibilité définitive dans les Concours des hôpitaux, etc... Nous avons indiqué d'autre part, les vœux soumis au Conseil municipal par M. Strauss. De son côté, M. Cornil demande des places de prosecteurs et directeurs de laboratoires communs à tous les services, dans chaque grand hôpital. M. de Ranse, depuis 20 ans, a réclamé la transformation des deux années de stage en internat obligatoire, le remplacement de l'externat par l'extension du clinicat ; un enseignement libre ; l'enseignement libre par les agrégés et le haut enseignement par les professeurs. — Voilà bien des réformes que l'*Association de la presse médicale* devrait discuter.

— Le rapport annuel de M. le Dr Barthès, sur l'inspection des enfants dans le Calvados a été l'objet d'une mention honorable de l'Académie.

— Quelques *associations* d'Autriche entrent dans la voie que nous avons préconisée : une adresse à M. Koch pour l'engager à divulguer sa méthode qu'on pourra alors améliorer, puisqu'il est évident que si elle a quelque valeur elle a les plus sérieux inconvénients.

— *Policlinique de Paris.*— Le conseil municipal de Paris a voté en faveur de la *Policlinique de Paris*, 28, rue Mazarine une subvention de *cinq mille* francs. La *Policlinique* commencera une série de cours *libres, publics et gratuits*, pour les infirmières, ambulancières et garde-malades.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE LE « CONCOURS MÉDICAL »

MM. les Drs Castelbou (Jean), à Cannes (Alpes-Maritimes), membre de l'Association des médecins d'Alger ; Dabeaux (Charles), à St-Pezenne (Deux-Sèvres) ; Masson, à Chambéry (Savoie), membre de l'Association de la Savoie.

FORMULAIRE DU CONCOURS MÉDICAL

Traitement de la séborrhée du cuir chevelu.

1° Faire tous les trois jours un savonnage de la tête avec la solution alcoolique de savon :

Savon vert........	60 grammes
Alcool de lavande...	30 —

Dissoudre, puis filtrer.

2° Chaque soir lotionner le cuir chevelu avec une petite éponge imbibée du mélange suivant :

Goudron...........	1 gramme.
Huile de ricin.....	4 —
Teinture de benjoin.	10 —
Chloroforme.......	15 —
Alcool............	470 —

P. L. G.

BIBLIOGRAPHIE

Le savant directeur de l'Ecole dentaire de Paris, M. le Dr Th. David, Chirurgien dentiste des Hôpitaux, Député des Alpes-Maritimes, notre collègue du Concours, a consacré à la question microbienne, plus que jamais à l'ordre du jour, un livre intitulé : *les Microbes de la Bouche*. M. David montre le rôle que jouent ces infiniment petits, non seulement dans les affections isolées des dents et de la bouche, mais dans toutes les maladies dues à des microbes qui séjournent dans la cavité buccale avant de s'introduire dans l'économie et d'y causer les affections pharyngées, laryngées, pulmonaires et même stomacales.

Le devoir du médecin et du dentiste est donc de détruire et de poursuivre sans relâche, minutieusement, ces ennemis, à l'aide de solutions antiseptiques, dans les interstices dentaires, les replis de la muqueuse buccale, les cryptes des amygdales, en instituant une hygiène, une thérapeutique appropriée à chaque cas.

Le livre de M. David est précédé d'une lettre préface de M. Pasteur auquel est dédié ce travail ; il est en outre orné de 113 gravures sur bois tirées en noir et en couleurs dans le texte, et donnant la description des principaux microbes et leurs procédés de culture. (1 vol. in-8°, 10 fr., Félix Alcan éditeur.)

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'École de Médecine
4, rue Antoine-Dubois, 4

L'Hygiène des petits enfants, par le docteur Pommageot, médecin consultant aux Eaux de Bains-les-Bains (Vosges). Prix : 1 franc 50 centimes. J.-B. Baillière et fils, 1891.

Précis d'hygiène appliquée, par le docteur Eugène Richard, médecin principal de l'armée, etc. Un joli volume in-12 de 800 pages cart. diamant, tr. rouges, avec 307 figures dans le texte. Prix : 9 francs. Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon, Paris.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Treizième année **N° 3** 17 Janvier 1891

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE.

Du massage comme adjuvant au traitement local des syphilides.

M. *Balzer* (1) a appelé l'attention sur un moyen qui peut rendre des services pour faire rétrocéder les syphilides rebelles, surtout la syphilide papuleuse lenticulaire et la papuleuse miliaire, assez souvent aussi les syphilides maculaires et même la roséole.

L'iodure de potassium a peu de prise sur ces éruptions qui sont plutôt justiciables du mercure, mais celui-ci subit également des échecs, quel que soit son mode d'administration, hypodermique, en friction ou par ingestion. Il arrive parfois que, pendant un temps plus ou moins long, on passe successivement du mercure à l'iodure de potassium, et cela sans obtenir la résolution des éléments éruptifs. Le traitement externe échoue également d'une manière complète. Les plaques muqueuses et notamment les plaques muqueuses bucco-pharyngiennes et vulvaires présentent parfois de ces résistances tenaces aux moyens habituels qui ont porté quelques médecins à préconiser l'emploi de cautérisations ignées pour en venir à bout.

On peut alors utiliser, comme l'a fait M. Balzer à Lourcine, le massage des éléments éruptifs.

Envisagée même en dehors du degré de virulence et des conditions de terrain, l'extrême ténacité des processus syphilitiques a été bien mise en relief par tous les travaux qui se sont produits dans ces dernières années et qui ont paru notamment dans les congrès de dermatologie et de syphiligraphie. Même après leur résolution apparente, ces processus laissent des traces profondes, indélébiles, de leur passage.

(1) *Soc. clinique de Paris* et *France médicale*, 9 janvier.

L'iodure de potassium, le mercure ne procurent bien souvent qu'une restitutio ad integrum incomplète et il arrive même, ainsi que le montrent les récidives in situ, que le processus syphilitique se réveille précisément dans les points d'où il avait paru chassé par le traitement.

Cela est vrai pour tous les organes, mais pour la peau et les muqueuses plus encore que pour les autres. La ténacité particulière aux processus syphilitiques ne nous donne qu'en partie l'explication de ces résolutions si lentes. Il faut tenir compte de ce fait démontré par les expériences sur les animaux que les médicaments destinés à combattre l'infection syphilitique, et notamment le mercure, se répartissent dans le corps d'une manière très inégale. La peau n'en retient qu'une très faible proportion comparativement aux grands parenchymes, tels que le foie, les reins, la rate, dans lesquels le mercure va former des combinaisons qui ralentissent sa diffusion.

Non seulement le mercure physiologiquement n'arrive à la peau qu'en faible quantité, mais l'évolution même des processus syphilitiques crée des obstacles à son action directe sur les éléments éruptifs. A ce niveau, en effet, beaucoup de vaisseaux sont oblitérés par des éléments embryonnaires, ou même par sclérose, et ces lésions qui peuvent prendre des proportions importantes dans le cas de syphilides rebelles, doivent être considérées comme s'opposant à l'arrivée de l'agent antiseptique dans le foyer du processus.

On comprend dès lors que les moyens adjuvants employés dans le traitement local des syphilides aient de tout temps appelé l'attention des médecins et, parmi ces moyens, l'hydrothérapie tient une place importante.

Dans un cas cité par M. Balzer les séances duraient une demi-heure ou trois quarts d'heure tous les jours. Elles consistaient en frictions profondes, en pétrissages, malaxations de la

peau, préalablement saupoudrée de talc, au niveau de chaque élément éruptif.

Le massage de la peau chez cette malade a donné une amélioration évidente et rapide, en trois semaines il a plus avancé la résolution des syphilides rebelles que ne l'avait fait jusque-là le mercure ou l'iodure de potassium administrés ensemble ou séparément.

Traitement de l'eczéma par le chauffage.

M. le Dr *Bourdin* (*Semaine médicale*, 7 janvier) a réussi à améliorer bon nombre d'eczémas rebelles par le procédé suivant :

« Chaque soir, avant de se coucher, le malade fera chauffer (jusqu'à ébullition de préférence, puis redescendre à la température tiède) de l'eau pour se bien débarrasser les mains de toute poussière étrangère à l'aide d'un savon de toilette non irritant. Il pourra de temps en temps (tous les deux ou six jours suivant l'intensité de l'exfoliation épidermique) étendre les ablutions aux parties envahies. Puis, après essuyage minutieux, il placera successivement chacune des régions atteintes devant un feu bien ardent (le foyer d'un poêle de 10 centimètres d'ouverture suffit). Il éprouve alors une sensation de prurit plus ou moins intense, mais il faut qu'il résiste au grattage ou qu'il se contente tout au plus de passer doucement la main sur la partie atteinte pour se replacer ensuite dans la même position. Le prurit réapparaît aussitôt, puis cesse, soit par un rapprochement léger au feu, soit par un nouveau passage de la main. Au bout de cinq à six reprises de ce prurit (soit environ cinq à six minutes par chaque région exposée au feu), on termine par deux ou trois expositions au feu plus rapprochées du foyer, qui provoquent une cuisson désagréable, mais non douloureuse, sauf parfois un léger excès de calorification n'ayant jamais laissé d'érythème, le « dernier coup de feu », comme l'appelait un malade du Dr Bourdin.

Sous l'influence de ce traitement les malades de M. Bourdin, tous plus ou moins privés de sommeil et adonnés la plupart au grattage nocturne, demi-conscient, demi-inconscient, ont retrouvé le repos si longtemps désiré.

L'exposition au feu donne surtout d'heureux résultats lorsqu'à la période vésiculeuse n'a pas encore succédé la période des ulcérations dues au grattage ou aggravées par lui.

Lorsqu'il y a ulcérations et croûtes, ce traitement constitue encore la base des moyens à mettre en œuvre, sans exclure les bains pour décoller les pansements et l'application des topiques pour éviter les frottements.

Epilepsie cardiaque et tachycardie paroxystique.

On a beaucoup parlé depuis quelque temps de ce syndrôme peu connu qui consiste en des crises d'accélération cardiaque extraordinaire, dans l'intervalle desquelles le pouls et le cœur sont normaux. On n'a pu jusqu'ici donner une explication pathogénique tout à fait satisfaisante ; M. Huchard et M. Debove, qui ont publié plusieurs cas, admettent une origine nerveuse centrale. M. *Talamon* vient d'en faire connaître un où l'étiologie est un traumatisme violent : chute d'un lieu élevé sur la tête. Après l'accident il y eut un délire furieux qui dura plusieurs semaines. Depuis le malade est sujet à des crises de palpitations qui surviennent brusquement, commencent par une sensation de vertige, s'accompagnent d'une oppression et d'une anxiété terrible et durent en général une demi-heure, laissant après elles une sensation bizarre dans la tête. Le cœur bat pendant la crise 200 fois par minute sans intermittence, ni bruit de souffle. Les yeux sont saillants. La crise passée, le cœur retombe à 76.

M. Talamon rapproche ce cas des faits considérés par Trousseau comme de l'épilepsie partielle. Trousseau rangeait sous ce titre la névralgie épileptiforme de la face, certains cas d'angine de poitrine, des convulsions douloureuses limitées à un côté du corps. Ces formes larvées de l'épilepsie ont pour trait commun l'invasion brusque, la marche rapide, la cessation soudaine. Il n'y a pas, il est vrai, le phénomène principal de l'épilepsie vraie, la perte de connaissance et de conscience.

M. Talamon propose de rechercher : 1° Si les accès de tachycardie essentielle ne sont pas, chez des épileptiques avérés, un équivalent du mal comitial, au même titre que certaines formes de délire ou d'autres manifestations du petit mal. On sait que l'accès convulsif d'épilepsie peut débuter par une aura cardiaque avec un violent affolement du cœur, qui rappelle de bien près le paroxysme de la tachycardie essentielle ;

2° Si dans les antécédents des tachycardiques on ne trouve pas une taxe héréditaire qui les rattache plus ou moins directement, comme les tachycardiques exophthalmiques, à la famille névropathique.

M. *Huchard* pense que si la tachycardie peut avoir une origine épileptique, ce doit être excessivement rare. Elle se rencontre surtout chez les gens âgés, tandis que l'épilepsie est surtout fréquente dans la jeunesse. Quant aux angines de poitrine épileptiques, M. Huchard n'en a jamais vu et il incline à croire que ce sont des erreurs de diagnostic.

Opinion de Virchow sur les effets anatomo-pathologiques de la lymphe de Koch.

L'illustre anatomo-pathologiste allemand, réélu président de la société médicale de Berlin, a donné dans un rapport sur les événements de l'année son opinion au sujet des effets de la lymphe antituberculeuse. Il se peut, pense-t-il, que la lymphe amène la mortification des tissus tuberculeux, mais non pas constamment. Dans les préparations il a bien constaté des phénomènes de sphacèle, mais qui s'observent aussi chez des sujets n'ayant pas reçu d'injection.

Les tubercules qu'il a examinés n'étaient pas modifiés dans leur structure. Le plus habituellement l'injection détermine une congestion locale intense, mais celle-ci peut manquer, et quand elle s'est produite, les résultats n'en sont pas toujours avantageux ; car l'irrigation considérable des tissus par le sang peut mettre en liberté des bacilles qui, repris par les leucocytes et les vaisseaux lymphatiques, vont émigrer au loin et faire des colonies nouvelles.

En outre, la lymphe est dangereuse chez les sujets affaiblis, qui n'ont plus la force d'expulser

les parties mortifiées. Or ces parties mortifiées sont encore plus dangereuses que les tissus tuberculeux, puisque les bacilles, n'y étant pas tués, ct cessant d'être emprisonnés, fournissent la matière d'infections nouvelles, entraînés par les mouvements respiratoires dans les parties plus profondes du poumon. Les cliniciens ont plusieurs fois constaté l'extension du processus après les injections.

Pneumotomie comme complément du traitement de Koch.

M. *Sonnenburg* a mis à exécution l'idée indiquée par Koch d'intervenir chirurgicalement chez certains phthisiques pour hâter l'élimination des parties mortifiées par l'injection de lymphe. Trois fois il a débridé au thermo-cautère, rouge sombre pour éviter les hémorrhagies, le premier espace intercostal entre le sternum et le bord interne du grand pectoral, échancrant au besoin la première côte pour se donner du jour. Ayant vérifié l'existence des cavernes, par une ponction exploratrice, il a ouvert celles-ci et cautérisé leurs parois. Le pus évacué, il y a placé un tamponnement iodoformé, défaisant le pansement les jours suivants pour surveiller l'évacuation du pus. Sonnenburg a constaté que le malade n'éprouvait pas de douleur pendant la cautérisation du poumon lui-même, mais qu'il en ressentait quand le fer rouge touchait la plèvre. L'auteur ne nous indique pas malheureusement les résultats thérapeutiques de son intervention.

La chirurgie auxiliaire de la méthode de Koch.

M. *Ungar* a fait 5 injections en 7 jours dans un cas de tuberculose miliaire avec méningite tuberculeuse. Il n'y a presque pas eu de réaction. M. *Ribbert*, qui a autopsié la malade, a constaté que les lésions des méninges ressemblaient absolument à celles que l'on observe d'habitude.

M. *Poncet*, dans le *Lyon médical*, pense que si on voulait pratiquer les injections sans danger dans la tuberculose des méninges, il faudrait commencer par pratiquer une ou deux larges brèches à la paroi crânienne sur les côtés du sinus longitudinal supérieur, afin de prévenir l'étranglement cérébral par l'afflux sanguin qui résulte de l'action de la lymphe dans une cavité à paroi inextensible, dans un parenchyme si largement irrigué et à tissus si délicats. Cette craniectomie préventive serait de même ordre que la trachéotomie préalable, qu'il est prudent de pratiquer chez les tuberculeux laryngés avant de leur injecter la lymphe de Koch.

M. *Moslur* (de Greifswald) a injecté directement la lymphe dans le parenchyme pulmonaire, après avoir débridé une caverne du sommet. Il espère de cette méthode un meilleur résultat.

Traitement de l'urticaire par l'iodure de potassium.

On sait que l'urticaire chronique peut être une des manifestations de l'arthritisme, au même titre que l'asthme bronchique. Les succès de la médication iodurée dans cette dernière affection ont donné à *Stern* (*Munch. Med. Wochensch.*, 7 octobre 1890) l'idée d'essayer l'iodure de potassium dans certains cas d'urticaire rebelle chez des adultes. Il rapporte plusieurs observations où cette médication a réussi à faire disparaître en quelques jours des urticaires chroniques durant depuis des années et qui avaient résisté aux traitements les plus divers. Il est à remarquer qu'au deuxième ou troisième jour du traitement, il n'est pas rare d'observer une aggravation tout à fait passagère des démangeaisons. (*Journal de méd. de Bordeaux.*)

Dermite par abus du savon.

La propreté est une belle chose, dit M. *W. Dubreuil*, ainsi que le savon, qui est un des principaux moyens de l'obtenir, mais s'il en est beaucoup qui n'en usent pas assez, il en est quelques-uns qui en abusent. C'est ainsi que M. *Ricketts* (*Journ. of. cutan. and gen.-urin. diseases*, mai 1890) a eu l'occasion d'observer, surtout chez des femmes du monde un état pathologique de la peau du visage dû uniquement à l'abus du savon. Tantôt il s'agit de femmes ou quelquefois d'hommes exposés à beaucoup de poussière ou de fumée (comme dans certaines villes industrielles) et obligés par suite à se savonner fréquemment la face. Tantôt ce sont des femmes arrivées au cap de la quarantaine qui abusent des cosmétiques et font abus de savon pour enlever ces cosmétiques. L'auteur cite une dame qui tous les jours se faisait treize applications de poudre de Lubin et chaque fois après un savonnage énergique.

On comprend qu'avec un pareil traitement la peau si mince du visage soit irritée. Elle devient rouge, squameuse, luisante, quelquefois même les papilles écorchées fournissent un peu de suintement. Sa susceptibilité en est accrue, l'exposition au feu, au soleil, au vent, détermine une vive sensation de cuisson. La peau sèche, rude et écailleuse, appelle de nouveau l'emploi des cosmétiques et consécutivement du savon et, sous cette double influence, le mal s'aggrave jusqu'à déterminer une véritable dermite chronique.

Quand la cause est reconnue, le remède est indiqué, il faut supprimer le savon et les serviettes trop rudes. Ricketts recommande alors l'emploi de l'huile d'olive ; avec de l'huile d'olive de bonne qualité et un linge fin ou un mouchoir de soie, on peut nettoyer la peau d'une façon très parfaite et obtenir une prompte guérison.

MÉDECINE PRATIQUE

A propos de la sciatique.

Diagnostic. — Le signe de Lasègue. — Influence des varices. — Déformation et scoliose. — Atrophie musculaire. — Indications thérapeutiques.

Le diagnostic de la sciatique comporte d'abord la recherche des points douloureux : les points apophysaires au niveau des 4e et 5e vertèbres lombaires et des 3 premières sacrées ; puis vers l'épine iliaque supérieure et postérieure, à l'échancrure sciatique et vers le milieu de la crête iliaque (petit sciatique ou fessier inférieur), — au point d'émergence du tronc du sciatique, même

entre l'ischion et le grand trochanter, à la partie moyenne de la face postérieure de la cuisse, et à la partie supérieure du creux poplité où se fait la division en sciatique poplité interne et externe ; au niveau du bord externe de la rotule, de la tête du péroné, à la partie postéro-inférieure de la malléole externe ; il y a encore un point douloureux sur la face dorsale du pied et un point plantaire externe.

On doit ensuite se préoccuper d'en rechercher la *cause*.

Une première division s'impose : s'agit-il d'une sciatique unilatérable — cas le plus fréquent — ou bien est-elle *bilatérale* ?

Cette deuxième catégorie doit éveiller aussitôt l'idée d'une influence dyscrasique ou d'une lésion médullaire. Les névralgies symétriques bilatérales sont fréquentes dans le diabète (Worms) ; elles existent souvent comme symptômes d'une affection organique de l'axe spinal ou d'une compression des troncs d'émergence des deux derniers nerfs lombaires et de ceux qui constituent le plexus sacré (tuberculose ou cancer des vertèbres). Il faut songer aux compressions dans le bassin par les tumeurs kystiques des annexes, l'utérus gravide, les paquets hémorrhoïdaires, les amas de matières fécales.

Il faut penser aux infections : syphilis, paludisme ; — aux intoxications : plomb, mercure, etc. Il faut penser à la blennorrhagie, dont M. Fournier a signalé l'influence. Dans certains cas on pourra trouver dans le caractère des douleurs une confirmation des suppositions relatives à leur cause : les paroxysmes seront parfois régulièrement périodiques dans l'impaludisme, les douleurs très augmentées la nuit dans la syphilis. Mais ce caractère existe aussi dans des sciatiques purement rhumatismales.

Bref, pour faire le diagnostic de la sciatique comme de toute névralgie, il faut faire un examen complet de son malade ; non seulement pousser l'interrogatoire très loin dans son passé quelquefois, mais pratiquer l'exploration de tous les viscères et analyser toujours les urines.

On complétera le diagnostic par l'exploration de la sensibilité cutanée, de l'état de nutrition de la peau, qui présente des troubles vaso-moteurs et trophiques dans les sciatiques anciennes, du tissu cellulaire sous-cutané qui peut masquer par une adipose luxuriante l'atrophie des masses musculaires.

Mais on connaîtra exactement l'état de celles-ci par l'examen de la contractilité électro-musculaire. Legros et Onimus ont dit qu'elle était diminuée par les courants induits et par les courants continus dans les névralgies anciennes, et surtout quand elles sont la conséquence de névrites ; elles seraient augmentées par les deux sortes de courants dans les névralgies récentes.

I

Un *signe peu connu de la sciatique* est celui que *Lasègue* aimait à citer : chez les malades atteints de sciatique, la flexion de la cuisse sur le bassin la jambe étant fléchie, reste indolore, tandis que ce même mouvement provoque une vive douleur au niveau de la fesse, si la jambe est en extension sur la cuisse. *M. de Beurmann* (1) a montré, par des expériences précises, que la production de la douleur se rattache surtout à l'état de tension ou de détente du sciatique, dans les mouvements des divers segments du membre inférieur.

(1) *Arch. de physiol.* 1884.

Lorsque la jambe est dans l'extension et qu'on plie la cuisse sur le bassin, le nerf sciatique subit une tension considérable qui n'est pas douloureuse à l'état normal, mais qui le devient aussitôt que sa sensibilité est exagérée par une cause quelconque. Quand la jambe est fléchie et qu'on imprime à la cuisse le même mouvement, il est au contraire complètement détendu et la douleur est nulle.

On doit à M. *Quénu* l'étude fort intéressante de l'*influence des varices* sur les nerfs. Il peut survenir chez les variqueux une variété de sciatique que ses caractères cliniques rapprochent de la névrite sciatique décrite par Lasègue et Landouzy ; cette névrite sciatique est engendrée par les varices et semble s'étendre lentement de bas en haut, du nerf tibial postérieur au nerf poplité, puis au sciatique fémoral. Car une simple gêne dans la circulation veineuse du nerf peut aboutir à un moment donné à une dilatation persistante de ses veines, capable elle-même d'engendrer une névrite interstitielle à marche ascendante.

L'état du système nerveux périphérique domine toute l'histoire des troubles fonctionnels des varices, de même qu'il régit l'apparition des différentes lésions cutanées, depuis le simple érythème jusqu'à l'ulcère variqueux. En présence d'une malade atteinte de sciatique, il faut toujours s'enquérir, même en l'absence de varices des veines saphènes, de l'état des veines profondes ; inversement en présence de varices anciennes, il faut rechercher s'il existe à la pression des points douloureux sur le trajet du sciatique.

Si, en effet, dans le premier cas, il s'agit d'une sciatique d'origine variqueuse, il y a des chances pour que l'usage d'un bandage élastique, *remontant jusqu'au pli de l'aine,* soulage mieux le malade que tous les révulsifs et les moyens médicaux généralement employés.

Dans le second cas, si le sciatique est douloureux à la pression, n'existât-il pas de douleurs spontanées, il y a tout intérêt à prévenir l'aggravation et l'extension du processus inflammatoire ascendant en faisant porter un bandage approprié. M. Verneuil a confirmé les idées de M. Quénu sur ce point. (*Bull. de la Soc. de Chirurgie.* 1888.)

M. *Charcot* paraît avoir été le premier à attirer l'attention sur une *déformation particulière du tronc* dans certains cas de sciatique. Elle a pour caractères essentiels : l'inclinaison du tronc du côté opposé à la sciatique et l'absence complète de soulèvement du pied du côté malade. Il s'agit donc là simplement d'un mouvement instinctif effectué dans le but d'atténuer la souffrance, mais il peut se développer ultérieurement un état spasmodique des muscles qui empêche les malades de modifier leur attitude vicieuse, même dans la position horizontale.

Cette déformation spéciale est intéressante à connaître ; car on pourrait la confondre avec celle que produit la coxalgie.

Mais, dans ce dernier cas, le talon du côté malade n'est pas exactement appliqué sur le sol comme dans la sciatique (Babinski, *Arch. de neurol.*, janv. 1888) ; car le coxalgique s'appuie sur le côté malade et soulève le côté sain ; le plus souvent il

tient sa canne de la main du côté malade et incline sa tête aussi du côté malade (Berbez, *France méd.*, nov. 1888).

Ballèt a proposé de tirer parti de l'attitude spéciale pour faire le diagnostic dans certains cas de *sciatique fruste* avec douleurs trop peu accusées pour que le malade appelle l'attention du médecin. Le tronc est, chez l'individu atteint de sciatique, incliné dans son ensemble du côté malade, le bassin est saillant du côté opposé, tandis que le tronc et l'os iliaque forment du côté malade un angle ouvert en dehors très accusé. Aussi, par ce déplacement latéral du centre de gravité, le malade est-il obligé de faire des efforts pour se maintenir dans la station debout ; les muscles lombaires se contractent, et cet effort peut réveiller la douleur fessière au point de faire craindre la syncope. (*Soc. des hôp.*, juillet 1887.)

La scoliose est pour cette raison une conséquence relativement fréquente de la sciatique prolongée. L'incurvation de la région lombaire offre une convexité du côté malade, et les autres segments du rachis peuvent s'incurver dans l'autre sens, suivant le mécanisme ordinaire des compensations (Nicoladoni).

Le 22 décembre dernier, Remak citait encore un exemple de scoliose lombaire à convexité gauche dans une sciatique gauche, et le neuropathologiste allemand considère que la déviation du rachis est purement le résultat de la déviation instinctive du corps, le malade étant forcé de déplacer son centre de gravité et, d'autre part, s'efforçant de dissimuler la déviation qui en résulte. (*Soc. de méd. int. de Berlin.*)

L'atrophie musculaire, qui s'observe dans certains cas de sciatique grave, a été à tort considéréo longtemps comme la conséquence de l'inactivité du membre ; elle est bien plus souvent *sous la dépendance de la névrite*.

L'atrophie névritique a ce caractère d'être une atrophie en masse, soit de la totalité du membre, soit d'un segment. Mais il y a aussi des cas où l'atrophie prédomine sur un seul groupe musculaire, qui dépend d'une même branche nerveuse.

C'est que la névrite n'affecte alors qu'une des branches du sciatique ; le plus souvent, c'est *le sciatique poplité externe* qui est atteint. MM. G. Guinon et E. Parmentier en ont rapporté plusieurs exemples empruntés à la clinique de M. Charcot (1) ; la névrite du nerf sciatique poplité externe avait déjà été signalée par d'autres auteurs dans les sciatiques symptomatiques consécutives à des lésions du bassin ou à un traumatisme obstétrical. Mais c'est M. Charcot qui a observé le premier cette localisation névritique comme complication de la sciatique simple, sans que l'étiologie présente de caractère particulier. La pathogénie en est obscure et pour le moment il faut se contenter de l'interprétation ancienne relative à *la prédominence de la névrite sur les extenseurs.*

II

Il ne saurait être question d'énumérer ici tout ce qu'on a fait contre les sciatiques, mais bien de rappeler ce qui réussit le plus souvent.

D'abord, il faut calmer la douleur et, si elle est très intense, il faut commencer par *l'injection de morphine*, associée à l'atropine pour prévenir les vomissements. On fera cette injection perpendiculairement dans la fossette rétro-trochantérienne ou dans l'épaisseur de la fesse au niveau de l'échancrure sciatique.

Quand la douleur reparaît, on applique les révulsifs dont nous disposons ; le plus commode actuellement est la *pulvérisation de chlorure de méthyle*, que M. Debove nous a fait connaître et qu'il est si facile d'appliquer maintenant avec le *stypage* de Bailly (de Chambly). Il faut naturellement proportionner la durée de chaque application et la fréquence des séances, à la finesse de la peau des sujets.

On alterne les pulvérisations avec les *vésicatoires* volants en longue bande étroite ou en rondelles appliquées en divers points du trajet douloureux ; les surfaces dermiques dénudées seront recouvertes de morphine et d'une rondelle de diachylon.

On alternera les vésicatoires avec les *pointes de feu*.

L'application de *fleur de soufre* sur une bande de flanelle le long du sciatique a été très vantée.

A l'Association médicale italienne (Congrès de Pérouse, 1885), M. Pagliani (de Rovigo) a préconisé l'application d'un cérat au séné pendant sept heures suivie de bains d'air chaud et sec.

Mais simultanément on administrera à l'intérieur les médicaments analgésiques : l'*antipyrine* (3 gr.), la *phénacétine* (1 gr. 50), l'*exalgine* (0 gr. 75) pro die. J'ai obtenu plusieurs succès par la phénacétine ; l'*aconitine*, qui soulage si bien la névralgie faciale, ne m'a jamais réussi dans la sciatique.

Mais en même temps il ne faut pas oublier la *médication de l'état général*, quand la sciatique est symptomatique de l'anémie, du paludisme, de la syphilis, de la blennorrhagie, de l'arthritisme, du diabète : fer et arsenic, quinine, iodure, salol et copahu, bicarbonate de soude et lithine, codéine et strychnine.

A ce moment se placent les moyens destinés à modifier la circulation locale ; le *massage*, les *sudations* et les *embrocations* ou *bains de vapeurs térébenthinées*, les *bains sulfureux*, l'*électricité* sous forme de courants continus.

Les courants galvaniques auraient une grande efficacité suivant Stevenson (1). Sur 60 cas de sciatique pris au hasard et traités par les courants continus, il a obtenu 37 guérisons (le nombre des séances ayant varié de 4 à 15). Sur les autres il y a eu 11 améliorations. Les deux seuls insuccès sont relatifs à des sciatiques symptomatiques l'une d'abcès froid de l'ischion, l'autre de dysenterie et impaludisme.

Dans quelques cas rares on aura recours à des explorations chirurgicales qui pourront révéler une compression exercée sur le nerf par quelque tumeur des parties voisines (ostéo-périostite, enchondrôme) ou du nerf lui-même (névrôme).

Enfin, la sciatique *traumatique* peut être méconnue comme dans un cas rapporté par Bland-Sutton à la Société Clinique de Londres. Un matelot subit un traumatisme, une chute dont l'effet apparent le plus immédiat est une luxation de la mâchoire. On réduit celle-ci. Mais le matelot souffre de douleurs aiguës le long d'un sciatique. Au bout de six mois, on se décide à explorer chirurgicalement le lieu d'émergence du nerf dans le bassin ; dans le trou sacro-sciatique on

(1) *Archives de Neurologie*, septembre 1890.

(1) *Lancet*, 17 juillet 1886.

trouva une esquille longue de 15 millimètres, détachée probablement de l'ischion et qui s'enfonçait dans le nerf à chaque mouvement d'extension de la cuisse. On enleva l'esquille, on sutura les fibres divisées du fessier, bientôt la guérison fut complète (1). P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Indemnité de maladie

Cosne, le 4 janvier 1891.

Très honoré Directeur et Confrère,

En même temps que mes souhaits de prospérité que je vous adresse pour vous et pour votre journal, permettez-moi de vous soumettre quelques réflexions au sujet des prix fantastiques que le projet de l'Association générale réclamerait de nous pour le droit à l'indemnité-maladie.

Et tout d'abord je rectifie le chiffre du projet de la Gironde qui porte 60 fr. par an pour indemnité journalière de 5 francs, et 120 fr. par an pour indemnité double; les auteurs du projet ont oublié que dans le type 60 fr. étaient compris les 12 francs de cotisation à l'Association qui doivent être défalqués en doublant la cotisation de l'indemnité-maladie, c'est-à-dire que le chiffre à verser pour une indemnité journalière de 10 fr. devrait être de 2 (60 — 12) = 48 × 2 = 96, chiffre que, d'ailleurs, l'Association paraît avoir accepté.

Ces tarifs, évidemment, ne comporteraient pas d'aléa ; bien au contraire, car ce sont, à peu de choses près, ceux de toutes les sociétés de secours mutuels.

En effet, toutes ou presque toutes ces sociétés donnent comme indemnité journalière (*et cela dès le 1er jour de maladie*) un chiffre égal à celui de la cotisation mensuelle, soit 10 fr. par jour pour 120 fr. par an; or elles ont les frais médicaux et pharmaceutiques à leur charge. Le projet de la Gironde accepté par l'association revient donc à dire que les frais médicaux et pharmaceutiques ne sont que le cinquième d'un budget de société de secours mutuels. C'est peu.

Pour être dans le vrai, et je crois que personne ne viendra me contredire, il faut rétablir ainsi les chiffres.

Le dit budget peut se décomposer de la manière suivante :

Frais médicaux 1/4.
Frais pharmaceutiques 1/3.
Indemnités de maladies 1/3.
Autres frais 1/12.

C'est dire que notre société n'aurait à sa charge que 1/3 (indemnité) + 1/12 (autres frais), soit 5/12.

Notre cotisation ne doit donc être que les 5/12 de celle d'une société ordinaire, il se trouve que, par ce raisonnement, j'arrive à 50 francs, chiffre très rapproché de celui auquel vous vous êtes arrêté, soit 48 fr.

Cette démonstration faite, permettez-moi, très honoré confrère, de vous soumettre une autre observation concernant votre projet.

Je crois, qu'au lieu de faire varier le quantum de la cotisation avec l'âge, *il vaudrait mieux percevoir un droit d'entrée variable avec cet âge et maintenir la cotisation à un taux invariable.*

Agréez, etc,

Dr Valois.

(1) *Semaine méd.*, 1890, n. 46.

Le médecin a le droit de cesser ses visites, sans perdre le droit à ses honoraires pour les visites faites.

(Tribunal de St-Denis (Seine), 21 novembre).

« Attendu que le docteur X... réclame à V... neuf francs pour trois visites ;

Attendu que V... ne conteste ni le nombre ni le prix de ces visites ; qu'il prétend seulement que X..., qui avait commencé à lui donner des soins, n'avait pas le droit de ne pas les lui continuer, et qu'en renonçant à venir le voir, il renonçait aux honoraires de ses premières visites ;

Attendu qu'il résulte des explications des parties que le docteur X..., après la troisième visite, croyant la situation de V... désespérée, avait averti qu'il ne jugeait plus utile de revenir ; qu'il y a dans ce fait une délicatesse de conscience que V... paraît méconnaître et à laquelle il faut rendre hommage ;

Attendu, en droit, que le ministère du médecin n'est pas obligatoire, sauf en certains cas prévus par le Code d'instruction criminelle et le Code pénal ; que X... avait donc le droit de ne pas vouloir continuer ses visites chez V... ; qu'on ne peut même pas dire qu'il ait refusé ses services, puisque V... ne l'a pas redemandé ;

Que, dans ces circonstances, la demande de X... est pleinement justifiée :

Par ces motifs, condamne V... à payer au docteur X... neuf francs pour les causes sus-relatées avec intérêts et dépens. »

HYGIÈNE OBSTÉTRICALE

L'assistance à Paris des femmes enceintes, des femmes en couches et des femmes accouchées.

M. *Pinard* a fait, sur ce sujet, à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, une communication d'un haut intérêt en soi, mais qui en tire un plus grand encore de l'actualité de la question de la dépopulation,

En voici la reproduction intégrale.

« Dans une séance antérieure, M. Napias a fait à la Société une communication intéressante sur la sortie prématurée des femmes accouchées dans les maternités. Je me propose de revenir sur cette question dans une étude plus générale embrassant l'assistance des femmes enceintes, des femmes en couches et des femmes accouchées. Aucune ville n'est aussi favorable que Paris pour cette étude, car c'est ici que, bien souvent, de tous les points de la France, les filles-mères viennent, comme on dit, cacher leur honte, chercher des moyens d'existence et réclamer les secours de l'Assistance publique.

1° *Assistance des femmes enceintes.* — Actuellement, la femme enceinte est considérée par la société et par l'Assistance publique comme une femme valide pouvant et devant subvenir à ses besoins. Il en résulte qu'il n'y a pour elle aucune assistance, aucun crédit spécial. Seuls quelques établissements privés s'ouvrent ou s'entr'ouvrent pour elle, quand elle est nécessiteuse, mais c'est le plus souvent pour la surmener ou l'exploiter.

Or, toute femme enceinte peut-elle subvenir à ses besoins ?

Ces femmes se divisent en : 1° célibataires et veu-

ves ; 2° femmes mariées ; encore faut-il, dans cette dernière catégorie, faire une place à part aux femmes mariées que leurs maris abandonnent dès qu'ils ont fait le diagnostic de la grossesse.

Dans les femmes mariées il y a peu de nécessiteuses. Le mari subvient généralement aux besoins du ménage. Cependant, lorsque la famille est nombreuse, une nouvelle grossesse amène de nouvelles charges, même avant la naissance de l'enfant, parce qu'elle crée pour la femme un état d'impotence plus ou moins marqué qui l'empêche de vaquer comme auparavant à ses occupations.

Mais la situation est tout autre pour les célibataires. Domestiques, ouvrières, employées d'usine ou de magasin, elles emploient tous les moyens pour dissimuler leur grossesse (je ne parle pas de celles qui font tout pour la faire disparaître). Puis, malgré tous leurs efforts, toutes les constrictions imaginables, un moment arrive où leur situation se découvre, et alors commence la misère. Renvoyées de l'usine, de l'atelier, de la ferme, parce que leur état ne leur permet plus de remplir les conditions de travail exigées d'elles, parce qu'elles seraient d'un mauvais exemple, chassées souvent par leur propre famille, elles sont, on peut le dire, jetées sur la voie publique comme des pestiférées. Alors, elles viennent à Paris de très loin, souvent à pied ; j'en ai connu une qui vint ainsi de Brest.

Mais à Paris aussi toutes les places se ferment devant elles. Nous ne pouvons pas, d'autre part, les recevoir dans nos maternités. Quelques-unes — et ce sont les plus heureuses, des privilégiées — sont reçues dans certains établissements privés où, pour le logement insalubre et la nourriture insuffisante qu'on leur donne, on les fait travailler du matin au soir sans feu l'hiver. Les autres — le plus grand nombre — se réfugient dans des taudis infects où elles ont juste assez de pain pour ne pas mourir de faim. Et encore, pour acheter ce pain, se dépouillent-elles peu à peu de leurs vêtements. Les chemises, les jupons, les bas s'en vont au Mont-de-Piété, si bien que ces malheureuses, quand elles nous arrivent au moment d'accoucher, n'ont plus qu'une robe pour tout vêtement, et quelle robe !

Et que dire de celles chez lesquelles une maladie complique la grossesse ? La conclusion est que, par suite de ces tristes conditions, bien des existences sont sacrifiées.

2° *L'assistance des femmes en couches.* — Les unes reçoivent des secours de l'Assistance publique, soit dans les maternités, soit chez les sages-femmes agréées ; les autres sont secourues par les bureaux de bienfaisance.

Dans la première catégorie, les femmes en couches qui sont dans les maternités y reçoivent, on le sait, tous les soins voulus, et un accoucheur pourrait souhaiter à ses plus riches clientes d'accoucher dans nos maternités. Malheureusement, les femmes que nous recevons nous quittent trop vite, et malgré nous. Sur 425 femmes que j'ai suivies à ce point de vue depuis la communication de M. Napias (novembre 1888), presque toutes sont parties avant le onzième jour, 130 pour reprendre leur travail ou par crainte de perdre leur place, 89 pour payer les mois de nourrice de leurs enfants, 101 pour aller rejoindre et soigner leurs autres enfants placés en garde ou soignés difficilement à la maison par le mari, qui a presque toujours son travail au dehors. Bref presque toutes sont parties prématurément, par nécessité. Donc, elles ne sortiraient pas si vite s'il n'y avait pas la crainte du lendemain, qu'elles redoutent beaucoup plus pour leurs enfants que pour elles.

Mais nos maternités sont, on le sait, insuffisantes pour recevoir toutes les femmes à accoucher ; aussi en place-t-on chez les sages-femmes agréées. Ici, déjà, les conditions sont moins favorables. Bien qu'on n'envoie là que les femmes dont l'accouchement parait devoir être physiologique, il survient parfois des complications imprévues, et l'on a souvent à regretter alors l'absence d'une personne compétente pour y parer. Et puis, sauf le cas de maladie, les accouchées ne peuvent séjourner que six jours chez ces sages-femmes, ce qui est évidemment insuffisant.

Dans la seconde catégorie, les femmes sont secourues par les bureaux de bienfaisance. En 1889, il y a eu 11,698 accouchements faits par les sages-femmes de ces bureaux. La moyenne des secours donnés à chaque femme (secours en nature ou en argent) a été de 10 fr. 55, plus la gratuité de la sage-femme.

Or, je le demande, comment, avec 10 fr. 55 en moyenne, ces femmes pourront-elles se soigner ? où trouveront-elles le linge nécessaire ? qui s'occupera de leurs enfants pendant que le père travaille dehors ?

J'ajoute que les sages-femmes des bureaux de bienfaisance sont en nombre insuffisant, et qu'il leur est matériellement impossible de faire les neuf visites réglementaires. On leur donne 15 fr. par accouchement. C'est maigre ; mais que dire du règlement qui ne leur accorde ces 15 fr. que lorsque l'accouchement a été effectué, et qui ne leur donne rien si, après avoir passé de longues heures, jour et nuit, auprès d'une femme en travail, elles sont obligées de l'envoyer à l'hôpital faute de pouvoir terminer elles-mêmes l'accouchement ?

La conséquence de cette réglementation absurde et injuste est que la sage-femme attend souvent trop longtemps avant d'aller chercher le médecin du bureau de bienfaisance — qui, fréquemment, est occupé ailleurs et ne peut venir en temps opportun — ou d'envoyer la femme à l'hôpital.

Et puis, dans ce dernier cas, qui se chargera du transport ? Le commissaire de police ? Il répond que, la malade n'étant pas sur la voie publique, il n'a pas à s'en occuper.

Alors, qui s'en occupera ?

Et, pendant ce temps, ici les accès éclamptiques continuent, là une hémorragie emporte la femme ; ailleurs, l'enfant qui souffrait succombe. Tout cela explique de reste l'état pitoyable dans lequel sont trop souvent les femmes que l'on apporte aux maternités.

3° *Assistance des femmes accouchées.* — L'Assistance publique donne des secours d'allaitement : 15 à 20 fr. pour les enfants au biberon, 20 à 30 fr. pour les enfants nourris au sein, et cela pendant un an, quelquefois dix-huit ou vingt mois. En dehors des « secours de nourrices proprement dits », qui consistent à placer l'enfant en nourrice dans l'un des services d'enfants assistés, l'administration n'alloue jamais de secours à une femme pour diminuer la charge d'une nourrice choisie par elle et à laquelle elle a confié son enfant. Il n'est fait d'exception à cette règle que

pour les femmes indigentes qui se trouvent réduites par le chômage ou la maladie à ne plus pouvoir payer la nourrice. Dans ce cas, on leur vient en aide.

Enfin, il y a un secours d'un autre ordre provenant de l'Assistance publique. C'est le « bureau d'abandon. En 1889, 1,786 enfants ont été abandonnés là ; 393 de un à sept jours, 1,099 de huit à quinze jours, 289 à un mois.

Quelles conclusions comportent les faits que je viens d'exposer ?

Des réformes profondes sont nécessaires. Je demanderai pour les femmes enceintes le droit d'être recueillies, abritées et soignées. Il doit y avoir la maison des femmes enceintes, comme il y a l'hôpital, l'asile, la crèche. Ces maisons devraient être appropriées de telle façon que les femmes puissent aussi y conduire leurs enfants. Sans cela elles resteront chez elles, parce que, si elles partent seules, les enfants empêcheront le père de travailler. Quant à l'hospice des Enfants Assistés, il n'y faut guère compter, étant donné la répugnance de la population parisienne à y envoyer ses enfants.

La création de ces maisons d'attente pour les femmes enceintes et leurs enfants diminuerait la morti-natalité. M. Bertillon a établi que le plus souvent le crime n'intervient pas au moment de la naissance, mais avant, et que la misère en est la cause déterminante. Il en est le plus souvent de même dans le cas d'infanticide, comme j'ai eu l'occasion de le vérifier plusieurs fois chez des femmes accouchées dans mon service.

En second lieu, il faudrait augmenter le nombre des maternités. La création des sages-femmes agrégées était une bonne chose, alors que nous n'avions que l'isolement pour lutter contre la contamination, mais il n'en est plus de même aujourd'hui avec l'antisepsie. Les conditions sont bien meilleures pour les femmes dans les maternités ; la surveillance y est constante et les frais sont moindres.

Mais, pour que les accouchées ne nous quittent pas prématurément au détriment de leur santé et souvent de leur fécondité future, il faut adjoindre aux maternités des crèches où les enfants des nouvelles accouchées seront admis jusqu'à ce que la mère soit vraiment en état de sortir. Cette adjonction de crèches aux maternités n'entraînerait pas, je crois, de bien grosses dépenses.

Quant à l'organisation des accouchements faits par les soins des bureaux de bienfaisance, elle me semble devoir être modifiée de la façon suivante :

1° Les sages-femmes devraient être en nombre suffisant et nommées au concours ou après examen.

2° Chaque sage-femme devrait avoir une circonscription bien déterminée et n'exercer pour le bureau de bienfaisance que dans cette circonscription.

3° Un médecin du bureau de bienfaisance devrait être attaché à plusieurs de ces circonscriptions et demeurer au centre du groupement.

4° Un service de transport devrait être organisé dans chaque mairie.

Pour les femmes accouchées, deux créations me semblent nécessaires : asiles de convalescence, où elles pourraient séjourner avec leurs enfants pendant plusieurs mois, et petites crèches.

Les asiles de convalescence, principalement destinés aux femmes abandonnées, permettraient à ces dernières de séjourner là jusqu'au moment où leur aptitude au travail serait parfaite. Pendant ce temps, elles allaiteraient leur enfant. Les chances de mort pour ce dernier deviendraient moindres, l'amour maternel se développerait, l'abandon deviendrait plus rare.

Les crèches devraient être petites, nombreuses et disséminées dans chaque quartier. Petites, car on sait combien les agglomérations sont dangereuses pour les enfants ; nombreuses, car, pour remplir leur but, elles devraient exister dans chaque quartier. Les enfants seraient nourris artificiellement par des personnes compétentes, quand la mère ne pourrait venir les allaiter ; allaités par la mère dans le cas contraire.

Quel que soit le bien qu'elle fasse, l'Assistance publique ne remplacera jamais les mères. Elle en cherche de suite pour les enfants qu'on lui confie, qu'elle recueille, et elle frustre les enfants de ces dernières de ce qui leur appartient. Elle cherche des laits jeunes, mais au détriment de l'amour maternel. On parle sans cesse des nourrices, mais on oublie constamment leurs propres enfants. Sans cesse la loi Roussel est violée, et ce n'est pas seulement par l'Assistance publique.

Il est temps qu'une croisade soit commencée en faveur de la disparition de la nourrice mercenaire, cet être anormal qui ne devrait exister qu'à titre d'exception.

C'est pour cela que, contre les meilleurs esprits, je suis l'ennemi acharné du rétablissement des tours. « J'aime mieux les enfants dans les tours que dans les ruisseaux, » a dit M. Rochard. Cela est vrai, et bien ; mais prévenons le dépôt des enfants dans les ruisseaux, et ce sera encore mieux.

J'ajouterai que les secours d'allaitement devraient être plus nombreux et plus considérables. Quand les mères ne seront plus abandonnées, les avortements, les infanticides, les abandons d'enfants seront l'exception. (*Applaudissements prolongés.*)

HYGIÈNE PUBLIQUE

Instructions contre la variole, la fièvre typhoïde et la diphtérie.

Le *Conseil d'hygiène de la Seine* vient de dresser un formulaire des précautions qui doivent être prises, lorsque se produisent des cas de maladies contagieuses et notamment des cas de variole, de fièvre typhoïde et de diphtérie. En voici un résumé.

De la variole. — Tout d'abord, en ce qui concerne la variole, les instructions du conseil d'hygiène commencent ainsi :

La variole est une maladie éminemment contagieuse.

La vaccination et la revaccination sont les seuls moyens de prévenir et d'arrêter les épidémies de variole.

Puis ensuite, sous ce titre : « Mesures à prendre dès qu'un cas de variole se produit », se trouvent les instructions divisées en quatre parties : A. Transport du malade. — B. Isolement du malade. — C. Désinfection des objets ayant été en contact avec le malade et mesures de précaution à prendre par celui-ci. — D. Désinfection des locaux.

Le conseil d'hygiène prescrit en première ligne :

Les cas de variole seront déclarés au commissariat de police du quartier pour la ville de Paris ou à la mairie dans les communes du ressort de la préfecture.

L'administration assurera l'isolement ou le transport du malade et la désinfection du logement contaminé.

Ensuite, il dit, en ce qui concerne le transport du varioleux :

Si le malade ne peut recevoir à domicile les soins nécessaires, s'il ne peut être isolé, notamment si plusieurs personnes habitent la même chambre, il doit être transporté dans un établissement spécial.

Les chances de guérison sont alors plus grandes et la transmission n'est pas à redouter.

Le transport devra toujours être fait dans une des voitures spéciales mises gratuitement à la disposition du public par l'administration.

Dans le cas où le malade n'est pas transporté, il doit être isolé. Il sera placé dans une chambre séparée où pénétreront seules les personnes qui le soignent. Les instructions ajoutent :

Son lit sera placé au milieu de la chambre ; les tapis, tentures et grands rideaux seront enlevés.

Le malade sera tenu dans un état constant de propreté.

Les personnes appelées à donner des soins à un varioleux devront être revaccinées. Elles se laveront les mains avec une solution de sulfate de cuivre faible (à 12 grammes par litre d'eau), toutes les fois qu'elles auront touché le malade ou les linges souillés. Elles devront aussi se rincer la bouche avec de l'eau bouillie.

Elles ne mangeront jamais dans la chambre du malade.

Elles devront avoir des vêtements spéciaux et les quitter en sortant de la chambre.

Tous les objets (linge, draps, couvertures, objets de toilette, etc.), ayant été en contact avec le malade, doivent être désinfectés. Les instructions disent :

Cette désinfection sera obtenue à l'aide de solutions de sulfate de cuivre. Ces solutions seront de deux sortes, les unes fortes et renfermant 50 grammes de sulfate de cuivre par litre. Les solutions fortes serviront à désinfecter les linges souillés ; les faibles serviront au lavage des mains et des linges non souillés.

Les commissaires de police tiennent gratuitement à la disposition du public des paquets de 25 grammes destinés à faire les solutions. On mettra deux de ces paquets dans un litre d'eau pour préparer les solutions fortes et un paquet dans deux litres pour les solutions faibles.

Les linges souillés seront trempés et resteront deux heures dans les solutions fortes.

Aucun des linges, souillés ou non, ne doit être lavé dans un cours d'eau.

Les linges non souillés seront plongés dans une solution faible. Les habits, les literies et les couvertures seront portés aux étuves municipales publiques de désinfection.

Le malade ne doit sortir qu'après avoir pris plusieurs bains.

Pour la désinfection des locaux, les instructions sont conçues en ces termes :

La désinfection des locaux est faite gratuitement par des désinfecteurs spéciaux. Pour obtenir cette désinfection, il suffit de s'adresser, à Paris, au commissaire de police du quartier.

Un médecin délégué est chargé de vérifier l'exécution des mesures prescrites ci-dessus.

De la fièvre typhoïde. — Les instructions sur les précautions à prendre contre la fièvre typhoïde sont précédées de cette explication.

Le germe de la fièvre typhoïde se trouve dans les déjections des malades.

La contagion se fait à l'aide de l'eau contaminée par ces déjections ou pour tout objet souillé par elles.

Le conseil d'hygiène prescrit des mesures préventives.

En temps d'épidémie de fièvre typhoïde, l'eau potable doit être l'objet d'une attention toute particulière ; l'eau récemment bouillie donne une sécurité absolue.

Cette eau doit servir à la fabrication du pain et au lavage des légumes.

Avant de manger, il faut se laver les mains avec du savon.

Les habitudes alcooliques, les excès de tous genres et surtout les excès de fatigue, prédisposent à la maladie.

De même que pour la variole, les cas de fièvre typhoïde doivent être déclarés au commissariat de police du quartier, à Paris, ou à la mairie, dans la banlieue.

Le transport du malade et son isolement se font dans les mêmes conditions que ceux des varioleux. Pour la désinfection des matières, les instructions disent notamment :

Il est de la plus haute importance que les déjections du malade, ainsi que les objets souillés par elles, soient immédiatement désinfectés.

Pour désinfecter les matières, on versera dans le vase destiné à les recevoir un demi-litre de la solution forte (préconisée pour les varioleux). On lavera avec cette même solution les cabinets d'aisances et tout endroit où ces déjections auraient été jetées et répandues.

Aucun des linges souillés ou non ne doit être lavé dans un cours d'eau.

Les linges souillés seront trempés et resteront deux heures dans les solutions fortes.

Les linges non souillés seront plongés dans une solution faible. Les habits, les literies et les couvertures seront portés aux étuves municipales publiques de désinfection.

De la diphtérie. — Les instructions relatives à la diphtérie sont précédées de ces lignes :

La diphtérie est une affection éminemment contagieuse.

Le germe de la diphtérie est contenu dans les fausses membranes et les crachats.

Il se transmet surtout à l'aide des objets souillés par les produits de l'expectoration.

Ces objets, quand ils n'ont pas été désinfectés, conservent pendant des années leur pouvoir infectieux.

Comme mesures préventives, le conseil prescrit :

L'isolement et la désinfection sont les seules mesures efficaces de préservation.

En temps d'épidémie, tout mal de gorge est suspect, le germe de la diphtérie se développant surtout sur une muqueuse déjà malade, appeler de suite un médecin.

Le cas de diphtérie, comme les cas de variole et comme ceux de fièvre typhoïde, doivent être déclarés au commissariat de police de Paris et à la mairie dans la banlieue.

Parmi les principales dispositions de ces instructions nous relevons les suivantes :

Le malade doit être tenu dans le plus grand état de propreté.

On évitera tout ce qui pourrait provoquer l'excoriation de sa peau : vésicatoires, sinapismes, etc.

Il est indispensable d'éloigner immédiatement toute personne qui ne concourt pas au traitement du malade et surtout les enfants.

Les personnes qui soignent le malade éviteront de l'embrasser, de respirer son haleine et de se tenir en face de sa bouche pendant les quintes de toux.

Si ces personnes ont des crevasses ou de petites plaies, soit aux mains, soit au visage, elles auront soin de les recouvrir de collodion.

Elles se laveront les mains avec une solution de sulfate de cuivre faible (12 grammes par litre d'eau), toutes les fois qu'elles auront touché le malade ou les linges souillés. Elles devront aussi se rincer la bouche avec de l'eau bouillie.

Elles ne mangeront jamais dans la chambre du malade.

BULLETIN DES SYNDICATS

Revision de la loi du 19 ventôse an XI,

Par M. le Dr Mignen, *président de l'Union des Syndicats*

(Suite).

Article 18 (projet du gouvernement).

Les fonctions de médecins experts près les tribunaux, de médecins et chirurgiens des hôpitaux

ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine (1).

Nous touchons ici à un point délicat qui, dans ces derniers temps, a soulevé de nombreuses controverses (affaire de Rodez). On sait que la cour de Cassation, contrairement à l'opinion de la plupart des jurisconsultes, et de Faustin Hélie en particulier, persiste à déclarer que l'article 475 du code Pénal est applicable au médecin qui, en cas d'urgence ou de flagrant délit, refuse son concours à la justice.

Or, l'article 18, que nous venons de citer, exclut les officiers de santé des fonctions d'expert près les tribunaux, *sans trancher, pour les docteurs en médecine, la question d'obligation légale.* Nous ne serons donc pas plus avancés qu'auparavant.

Dans un projet, qu'il présente en son nom personnel, M. le Dr Chevandier inscrivit cette obligation, *mais en cas de flagrant délit seulement*, en l'étendant à tous les médecins.

Son article 9 était ainsi conçu.

« Tout médecin, lorsqu'il en est requis doit le concours de son art à l'autorité administrative ou judiciaire en cas de flagrant délit.

Dans toutes autres circonstances, il est LIBRE de prêter ou de refuser le concours qui lui est demandé.

Ce devoir est commun à quiconque exerce une des branches de la médecine.

Devons-nous accepter, sans protestation, l'obligation à laquelle on nous astreint par application de l'article 475 ? Nous ne le pensons pas.

« Combien y a-t-il de médecins, ceux qui exer- » cent en province, dans les arrondissements, au- » près des tribunaux de première instance qui » soient capables de faire ces recherches (de l'ex- » pertise médico-légale) si délicates et qui exigent » la connaissance de toutes les données scientifi- » ques modernes ? Il y en a très peu.

« Et je m'explique très bien leur refus. Je m'ex- » plique très bien qu'un médecin refuse parce » que beaucoup d'entre eux — et ce sont les meil- » leurs et les plus instruits — savent qu'ils ne » sont pas compétents et qu'il leur manque beau- » coup des données premières pour faire une ex- » pertise en toute connaissance de cause. Aussi » la première condition que devait exiger M. le » Garde des sceaux pour entreprendre, après avoir » pris l'avis des hommes compétents qui l'entou- » rent, une nouvelle organisation de la médecine » légale, ce serait d'exiger des connaissances spé- » ciales de ceux qui devaient être appelés comme » experts. » (2)

Nous ne saurions mieux dire, et la réforme que demande M. le professeur Cornil est d'autant plus urgente que l'appréciation du *flagrant délit*, dont l'existence est nécessaire pour motiver, d'après la cour de cassation elle-même, l'application de l'art. 475, est des plus difficiles et des plus délicates. Deux exemples vont le démonrer.

Le 31 mai 1884, M le Docteur Gouin, de Montaigu, était relaxé des poursuites exercées contre lui pour n'avoir pas obéi à une réquisition du juge de paix de Montaigu. Le jugement, rendu par son suppléant, fut déféré à la cour de cassation, sur appel du ministère public. Or, la cour suprême rendait, le 24 juillet 1884, un arrêt dont voici quelques passages :

« Attendu qu'il résulte en fait des constatations du procès verbal et du jugement que la rixe qui avait été l'occasion des blessures au hameau du Bois-Noir, commune de Saint-Hilaire-de-Doulay (Vendée), avait eu lieu à une époque qui n'est pas précisée, mais qui était antérieure de plusieurs jours aux réquisitions ; que, depuis, la gendarmerie avait procédé à une enquête ; qu'ensuite le Parquet de la Roche-sur-Yon a été consulté, qu'il a envoyé des instructions au juge de paix du canton de Montaigu, et que c'est seulement à la suite de ces instructions qu'à la date du 7 mars, ce magistrat a adressé ses réquisitions au docteur Gouin ;

« Attendu que, si le juge de paix, a dans ses réquisitions, déclaré agir en cas de flagrant délit, cette énonciation contredite par les termes de ces mêmes réquisitions, desquelles il résulte qu'elles survenaient plusieurs jours après le fait délictueux, ne saurait avoir pour effet de rendre applicable dans l'espèce le § 12 de l'article 475,

« Attendu que le relaxe prononcé par le dispositif du jugement se trouve ainsi justifié ;

« Par ces motifs, rejette le pourvoi...... »

Si nous rappelons maintenant l'affaire de Rodez, nous y voyons que les réquisitions adressées lors de la découverte d'un cadavre d'une jeune fille disparue depuis trois jours, ont bien été faites en cas de flagrant de délit (arrêt de la cour de cassation).

Nous ne chercherons pas à expliquer ces deux interprétations, si différentes, de la cour suprême, et nous ne nous étonnons pas que M. Lacombe ait pu dire lors de son interpellation au Sénat : « J'ai recueillis les avis de six professeurs de droit criminel dans nos diverses facultés et j'ai constaté que trois d'entre eux se sont prononcés dans un sens et trois dans l'autre. »

En résumé, nous demandons que l'article 475 ne puisse pas être invoqué contre nous, et que les fonctions d'experts près les tribunaux soient réservées à ceux qui auront fait des questions médico-légales une étude spéciale.

Mais, a-t-on objecté, il est, en matière médico-légale, des faits utiles à constater au moment même, et des lésions susceptibles de disparaître ou de s'amoindrir dans un délai très court, au point de créer de grands embarras à l'expert appelé à les constater plus tard ; de telle sorte que le refus d'obtempérer à une réquisition pourrait avoir pour conséquence d'entraver le cours de la justice.

C'est pour éviter ce reproche que les médecins faisant partie du syndicat de Montaigu ont, sur ma proposition, adopté dès le 22 août 1886, la résolution suivante, qui donne satisfaction à tous les desiderata, et dont le principe devrait être inscrit dans la loi :

(1) La commission a formulé un article 18 presque identique à celui-ci, mais elle a eu soin d'y ajouter un paragraphe par lequel les tarifs du décret du 18 juin 1811 (en ce qui touche les honoraires et vacations des médecins chirurgiens, sages-femmes experts et interprètes, les frais et transport de séjour et la quantité d'experts qu'ils doivent conserver devant les tribunaux), devaient être revisés.

Il est inexplicable que ce paragraphe ne se trouve pas reproduit dans le projet du gouvernement. Magistrats et médecins sont pourtant tous d'accord sur la nécessité pressante de reviser les tarifs de 1811.

(2) Discours de M. le Professeur Cornil, en réponse à M. Lacombe qui interpellait le gouvernement à l'occasion de l'affaire de Rodez, séance du Sénat du 9 décembre 1889.

« Le médecin a toujours le droit de refuser son concours à l'autorité administrative ou judiciaire. Toutefois, en cas d'urgence ou de flagrant délit, il est tenu d'obéir à la réquisition, restant libre de borner son rôle à celui de témoin pour les constatations utiles à faire, ou à celui de médecin ayant des soins à donner. On ne saurait exiger de lui une expertise médico-légale pour laquelle il ne serait pas suffisamment préparé. »

Il nous faut encore appeler l'attention de nos confrères sur l'article 29 de la commission et 31 du Gouvernement. Le premier déclare que l'article 463 du code pénal n'est pas applicable dans les cas d'exercice illégal de la médecine, de la chirurgie, de la pratique des accouchements, de l'art dentaire, et dans celui d'usurpation de titre ; tandis que le second permet d'en faire application dans ces mêmes circonstances. Le Gouvernement, contrairement à la commission, admet donc que les tribunaux puissent, dans les délais précités, abaisser l'amende fixée de 100 à 500 fr. jusqu'à 1 franc seulement — peine de simple police —, et, dans le cas de récidive, ne pas infliger l'emprisonnement. De la sorte la pénalité deviendra aussi illusoire qu'elle l'est aujourd'hui, et nous serons encore désarmés contre l'exercice illégal.

La loi devrait cependant efficacement protéger ceux qui ont acquis, après des études aussi longues que difficiles, le droit d'exercer la médecine. Nous connaissons des confrères députés bien décidés à soutenir énergiquement l'article 29 de la commission, et nous aimons à penser que la Chambre leur donnera raison.

Nous terminerons ici l'examen des projets de loi sur l'exercice de la médecine émanant soit de la commission, soit du gouvernement. On a vu que le projet de la commission a toutes nos préférences, et nous désirons le voir adopté tel qu'il a été élaboré par elle. Il est le fruit des délibérations de médecins ayant eux-mêmes exercé notre profession et connu les difficultés de la pratique, et, par suite, aussi à même que personne de faire un œuvre utile à tous.

Quoi qu'il arrive, la loi qui sera promulguée marquera un progrès notable, et nous nous en félicitons. Nos vœux sont pour qu'elle soit complète. C'est dire encore une fois combien nous voudrions que la *reconnaissance légale des syndicats*, que l'*autorisation de délivrer les médicaments urgents* soient inscrits dans la loi, et que la *question de la médecine légale* y reçoive une solution qui sauvegarde les intérêts du médecin autant que ceux des accusés.

Si ces divers points n'étaient pas résolus, il est à craindre que nous n'ayons à en souffrir de longtemps. Les lois qui, comme celle de l'exercice de la médecine, touchent à des intérêts multiples, ne sont abordées qu'en tremblant par les Chambres même les mieux disposées, et c'est bien difficilement qu'elles consentent à modifier, à améliorer leur œuvre, tant que le fonctionnement en est à peu près régulier.

A nos confrères de la Chambre des Députés et du Sénat de défendre nos intérêts professionnels ; à nous tous de profiter de nos relations avec eux pour les y inviter. Nous ne pouvons plus attendre ! Mais nous savons qu'ils travailleront pour nous avec tout le dévouement dont ils sont capables, et dans ces conditions, nous avons foi dans le succès qui appartient en définitive aux causes justes.

Montaigu, 22 décembre 1890.

Dr MIGNEN,
Président de l'Union des Syndicats.

Un Syndicat dans les Ardennes.

Un de nos confrères, M. le Dr Renson, de Monthermé, a pris à cœur la création d'un Syndicat dans sa région. 23 confrères ont répondu à l'appel suivant qui leur a été adressé :

Syndicat de la Vallée de la Meuse.

Cher Confrère,

A la dernière réunion médicale des Ardennes (28 septembre 1890), un certain nombre de confrères ont accepté favorablement l'idée de la formation d'un syndicat de la vallée de la Meuse.

Le projet de revision de la législation qui nous concerne et l'approche des débats sur l'organisation de l'assistance publique dans les campagnes, graves questions qui nous touchent au plus haut point, nous engagent à vous proposer de mettre à exécution ce dessein.

La synergie de nos efforts, jointe à celle des autres syndicats, pourra aider dans leur tâche ceux qui auront à prendre la défense de nos intérêts au parlement.

Si nous n'y prenons garde, si nous sommeillions quand d'autres s'agitent, bien des points importants seraient résolus contre nous.

Outre ces questions d'intérêt général, ne vous semble-t-il pas qu'à côté de notre sympathique Société de secours mutuels, le besoin se fait sentir d'une autre association préposée à la garde de nos intérêts immédiats ; celle-ci devant avoir pour objet de nous épargner la triste nécessité d'avoir recours à celle-là ?

Tout autour de nous se forment des associations dont le but est de faciliter à leurs membres les moyens de supporter les moments critiques de l'existence. Toutes ces associations s'adressent à nous pour obtenir quelques faveurs, comptant sur nos rivalités pour les avoir plus fortes. De ce chef une situation fort précaire et même ridicule nous est créée. Les faveurs que nous accordons contraints et forcés à ces sociétés comblent d'honneur, il est vrai, présidents et administrateurs, mais pour nous qui sommes à la peine, nous ne recueillons le plus souvent qu'indifférence, sinon ingratitude et même humiliation.

Quoi qu'en disent certains confrères par trop pessimistes, il est possible de faire cesser un pareil état de choses. Il suffit pour cela de s'entendre et l'entente est possible en se maintenant toujours à un point de vue général, c'est-à-dire en ne nous occupant qu'à régler nos rapports avec les collectivités.

Il est certain que nous pouvons nous entendre sur des questions qui nous intéressent tous également, par exemple sur la conduite à tenir vis-à-vis des sociétés de secours mutuels, vis-à-vis des industriels qui veulent attacher un médecin à leurs établissements, vis-à-vis des sociétés d'assurances sur la vie et contre les accidents, vis-à-vis de l'administration en ce qui concerne le service médical gratuit, vis-à-vis des associations dites charitables qui nous demandent purement et simplement nos services à titre gracieux, etc.

Outre cette réglementation, le syndicat assurerait aux confrères aux prises avec des difficultés professionnelles un appui effectif et par l'arbitrage résoudrait les contestations entre voisins.

Afin de pouvoir se réunir assez souvent et de s'entendre, il est bon de n'être pas trop nombreux et de ne grouper que les médecins qui se trouvent dans des conditions de clientèles analogues. Ceux de la vallée de la Meuse nous paraissant être dans ces conditions, nous proposerions d'intituler notre groupe : « Syndicat des Médecins de la Vallée de la Meuse. »

Si la création d'un syndicat ainsi compris vous paraît comme à nous utile et même nécessaire à l'époque actuelle, nous vous prions de nous le faire savoir le plus tôt possible afin de provoquer, le cas échéant, une réunion préparatoire où chacun devra s'efforcer d'apporter sa part dans l'élaboration des statuts.

REPORTAGE MÉDICAL

A la Société d'hygiène et de médecine publique, M. Henri Monod a lu un travail sur les travaux d'assainissement en Angleterre depuis 1873. Il a démontré, documents en mains, que le pays a dépensé 220 millions par an, depuis cette époque ; soit près de trois milliards. Il a cherché à prouver que c'est à ces travaux que tient l'abaissement de la mortalité, qui de 22,19 en 1875 n'est plus, aujourd'hui que 17,08, on aurait donc sauvé des millions d'existences.

Ces calculs ont été contrôlés par M. A. J. Martin ; il faudrait en rabattre singulièrement et réduire à 32 millions la moyenne annuelle des travaux de véritable assainissement. Il ajoute que, si la mortalité a diminuée, il en est de même de la natalité et que l'écart entre la mortalité et la natalité est resté exactement le même.

La discussion de cette intéressante question reviendra à la prochaine séance.

— Le conseil supérieur a décidé que tous les étudiants en médecine seraient tenus de se soumettre à la *revaccination*.

— On se préoccupe, en haut lieu, d'obtenir pour les étudiants en médecine, la faculté de devancer l'appel et de faire une année de *service militaire* au sortir du Lycée, puisque les futurs médecins ont l'obligation d'être docteurs en médecine à 26 ans, pour ne pas subir les deux années supplémentaires de service militaire et que le temps qui leur est imposé pour leurs études est relativement restreint. Le sursis d'appel rétabli devrait être prorogé jusqu'à 28 ans.

Epidémies. — Le choléra éteint en Espagne sévit à Tripoli ; la variole à Bruxelles et dans le Gard ; la fièvre typhoïde en Italie et surtout à Rome.

— M. *Cornil* a proclamé les vertus diagnostiques et la puissance de la *lymphe de Koch* ; il a fait les réserves les plus expresses en ce qui concerne sa puissance thérapeutique, contre la tuberculose, et blâmé à juste titre le secret imposé à la méthode. M. *Virchow* refuse à la lymphe même sa valeur diagnostique. Nous sommes donc en présence d'un poison physiologique d'une puissance extrême et Virchow aurait déjà, *à lui seul*, autopsié 27 victimes de la lymphe ! Les médecins français ont été bien inspirés de se tenir sur la réserve. D'ailleurs, on annonce que M. Koch vient de publier sa méthode et que l'*Allemagne* renonce à vendre le remède alors qu'il n'est plus demandé ! Nous ferons connaître le remède de Koch dans le prochain numéro.

— *L'École de médecine de la ville de Paris* semble avoir de plus en plus des chances de venir au jour. La faculté, ses professeurs, considèrent de haut, de trop haut, la nécessité de l'enseignement de la médecine et de la chirurgie. Pour peu que les médecins et chirurgiens des hôpitaux y consentent (et pourquoi n'y consentiraient-ils pas ?) la ville n'a qu'à le *vouloir* pour que chacun de ses hôpitaux devienne un centre d'enseignement et alors les beaux jours pourront revenir. Les agrégés ne se plaindront pas, eux qui, à la Faculté, sont à peine admis à enseigner.

FORMULAIRE DU CONCOURS MÉDICAL

Traitement des gerçures des mains.

Après avoir lavé les mains dans l'eau de laitue, on les arrose avec un peu de la solution suivante :

Tannin	1 gramme.
Glycérine	20 —
Eau	100 —

On laisse sécher.

Le soir, en se couchant, on fait une application de la pommade suivante :

Extrait de ratanhia	2 grammes.
Lanoline pure	50 —
Vanilline	0,10 centigr.
Essence de rose	II gouttes.

Tenir les mains dans de larges gants pendant la nuit.

P. L. G.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE
4, rue Antoine-Dubois, 4

Des différents types de diabète sucré, par le Dr E. Boutard, ancien interne des hôpitaux. Bel in-8e elzévirien, prix fort 4 fr. ; net : 3 fr. 20 franco pour MM. les membres du Concours médical. L'auteur, dans un travail très sérieux, reposant sur plusieurs années de recherche, arrive aux conclusions suivantes : « On distingue trois espèces ou types principaux : Le diabète gras ou constitutionnel ; le diabète maigre ou pancréatique ; le diabète nerveux. »

II. — Avis. — La « *Théorie et applications pratiques de l'hypnotisme et suggestion* » avec 12 figures dans le texte du Dr Edgar Berillon, prix 1 fr. 25, ayant été tirée à mille exemplaires *seulement*, est presque épuisée ; prière de nous adresser les demandes d'urgence. (Théorie de l'hypnotisme ; pratique de l'hypnotisme ; procédés d'hypnotisation ; indications thérapeutiques de la suggestion hypnotique.)

III. — *Manuel d'Hygiène scolaire*, deuxième édition, par le Dr E. Barthès, inspecteur du service des enfants assistés. Prix : 2 fr. 50, net 2 francs, *contre mandat* franco.

IV. — *Rabelais Médecin*, écrivain, curé, philosophe, par Eugène Noël, belle édition elzévirienne ornée d'un portrait inédit gravé à l'eau forte, par A. Esnault. Prix 3 fr. Cette remarquable édition, due à la plume d'un érudit, sera tout à fait à sa place dans la bibliothèque du praticien et du pharmacien.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LE REMÈDE DE KOCH

Voici la traduction de la révélation (?) de Koch, telle que le Dr P. Gallois l'a faite pour le *Bulletin Médical* :

Suite des communications sur un remède contre la turberculose,

Par R. Koch.

Depuis que j'ai publié, il y a deux mois, mes recherches sur un nouveau mode de traitement de la tuberculose, beaucoup de médecins ont reçu le remède, et ont été ainsi mis à même d'en reconnaître les propriétés par leurs propres recherches. En récapitulant les publications parues depuis lors à ce sujet et les communications que j'ai reçues par lettres, je vois que mes résultats ont été pleinement confirmés. Le remède a une action spécifique sur le tissu tuberculeux, et, par suite, il constitue un réactif sensible et sûr, révélant les processus tuberculeux cachés ou de diagnostic douteux ; tout le monde est d'accord à cet égard.

Et pour l'action curative du remède, la plupart des expérimentateurs rapportent que, malgré la durée relativement courte du traitement, il est survenu chez beaucoup de malades une amélioration plus ou moins considérable. Dans un certain nombre de cas, d'après ce que l'on m'a communiqué, la guérison doit même avoir été obtenue. C'est exceptionnellement que l'on a pu croire non seulement que le médicament pouvait être dangereux dans les cas trop avancés, ce qui était admissible *a priori*, mais encore qu'il accélérait le processus tuberculeux, et qu'ainsi il était nuisible.

Pour ma part, depuis un mois et demi, j'ai suivi cent cinquante malades atteints de tuberculoses variées dans l'hôpital municipal de Moabit, et j'ai ainsi réuni de nouveaux documents sur l'action curative et la valeur diagnostique du remède. Je puis dire que tout ce que j'ai vu dans cet intervalle concorde absolument avec mes premières observations et que je n'ai rien à changer à ma communication antérieure.

Au sujet de la persistance de la guérison, je dois dire que, parmi les malades que j'avais incidemment signalés comme guéris, deux ont été reçus à nouveau à l'hôpital Moabit pour être examinés derechef, et que depuis trois mois leurs crachats ne contiennent plus de bacilles. De plus, les signes physiques ont diminué progressivement chez eux et ont aujourd'hui entièrement disparu.

Tant qu'il ne s'est agi que de contrôler la justesse de mes affirmations, il n'était nécessaire de connaître ni la composition, ni l'origine de mon remède. Et même le contrôle devait être d'autant plus sincère qu'on saurait moins de choses à son sujet. Le contrôle me semble avoir été fait suffisamment, et il a établi la valeur du remède. Il faut maintenant chercher à étendre son emploi et utiliser autant que possible pour d'autres maladies les principes sur lesquels sa découverte repose. Pour cela je dois faire connaître complètement le remède, et je crois le moment venu de fournir les données nécessaires à cet égard. C'est ce que je vais faire.

Avant de parler du remède lui-même, il me semble utile, pour bien expliquer son mode d'action, de décrire rapidement la voie qui m'a amené à sa découverte. Quand on inocule à un cobaye *sain* une culture pure de bacilles de la tuberculose, la plaie d'inoculation se réunit par première intention, et semble guérie pendant quelques jours. Mais, au bout de dix à quatorze jours, on voit apparaître un nodule induré, qui s'entr'ouvre plus tard et forme une ulcération qui persiste jusqu'à la mort de l'animal.

Les choses se passent tout autrement quand on inocule de la même façon un cobaye *déjà tuberculeux*. Voyons ce qui se passe chez un cobaye déjà inoculé avec succès depuis un temps

variant de quatre à six semaines ; c'est dans ces conditions que les résultats sont les plus nets.

La réunion se fait au début par première intention, mais il ne se forme pas de nodule. Par contre, le lendemain ou le surlendemain, le point inoculé présente une modification particulière. Il durcit, prend une teinte plus foncée. Ces modifications ne sont pas limitées au point d'inoculation, mais s'étendent à son pourtour, sur une circonférence d'un diamètre de 5 millimètres à 1 centimètre. Les jours suivants, la peau ainsi altérée se sphacèle d'une façon de plus en plus nette, l'eschare s'élimine, laissant une ulcération plane, qui d'ordinaire se guérit vite et définitivement, sans que les ganglions voisins aient été infectés.

Ainsi, l'inoculation de bacilles tuberculeux produit sur la peau des effets tout différents chez un cobaye sain ou chez un cobaye tuberculeux. Cette action remarquable n'appartient pas seulement aux bacilles vivants, elle existe également pour les bacilles morts, qu'ils aient été tués par le froid prolongé, comme je l'ai essayé d'abord, par l'ébullition, ou par certaines substances chimiques.

Ayant constaté cette particularité, j'en ai poursuivi l'étude en tous sens et j'ai reconnu que les cultures pures dont les bacilles ont été tués, pouvaient être, une fois écrasées et étendues d'eau, injectées en grande quantité sous la peau de cobayes sains sans leur causer autre chose qu'une suppuration locale. C'est même là un des moyens les plus simples et les plus sûrs de produire une suppuration sans l'intervention de microbes vivants.

Par contre, les cobayes déjà tuberculeux sont tués par l'injection de quantités très faibles de ces cultures stérilisées, étendues d'eau. Suivant la dose, la mort survient de 6 à 48 heures après l'injection. En diminuant la dose, on arrive à ne plus faire mourir les cobayes tuberculeux, mais alors il peut se produire un sphacèle étendu de la peau au niveau du point où s'est faite l'injection. En diminuant encore le titre de la dissolution, jusqu'à ce qu'elle ne paraisse plus trouble, ces animaux, qui étaient tuberculeux antérieurement, restent en vie, et même si les injections sont renouvelées à intervalle de un ou de deux jours, leur état va en s'améliorant d'une façon remarquable.

La plaie ulcéreuse qui s'était produite au point d'inoculation se rétrécit et finit par se cicatriser, ce qui ne se voit jamais par un autre traitement. Les ganglions hypertrophiés diminuent de volume, l'état général s'améliore, et la tuberculose cesse d'évoluer, pourvu qu'elle ne soit pas déjà trop avancée et que l'animal ne succombe d'épuisement.

C'était là la base d'un traitement de la tuberculose. Une circonstance rendait peu pratique l'emploi de ces dilutions de bacilles morts : c'est que ces bacilles ne sont pas résorbés au point d'injection et ne disparaissent pas d'une façon quelconque. Ils y restent longtemps sans s'altérer et provoquent des abcès plus ou moins gros.

Les bacilles semblent ainsi fabriquer au moins deux substances. L'une, celle qui, dans ces expériences, guérit les processus tuberculeux, doit être soluble ; elle se répand en partie dans les humeurs de l'organisme, au voisinage des bacilles, et passe assez rapidement dans la circulation.

Par contre, l'autre, celle qui provoque la suppuration, paraît rester à l'intérieur des bacilles ou du moins doit se dissoudre très lentement. Il suffisait donc de reproduire à l'extérieur de l'organisme les mêmes combinaisons chimiques et d'extraire ensuite des bacilles la substance curatrice, et celle-là seulement.

Ce problème m'a demandé beaucoup de peine et de temps. Je suis enfin parvenu, *avec une solution de glycérine à 40 ou 50 %, à extraire cette substance active des bacilles.* C'est avec les liquides ainsi obtenus que j'ai continué mes recherches sur les animaux, et qu'enfin j'ai opéré sur l'homme. Ce sont ces liquides que j'ai livrés à d'autres médecins pour qu'ils répètent mes expériences.

Le remède employé dans le traitement de la tuberculose est donc *un extrait glycériné de cultures pures de bacilles.* Dans cet extrait brut passent, bien entendu, outre la substance active, tous les produits de végétation bacillaire solubles dans la glycérine à 50 %. On y trouve, en effet, une certaine quantité de sels minéraux, des substances colorantes et d'autres matières extractives inconnues.

De ces corps, quelques-uns peuvent être éliminés assez facilement. La substance curatrice est en particulier insoluble dans l'alcool absolu ; on peut ainsi l'obtenir non pas absolument pure, mais encore associée à d'autres matières extractives également insolubles dans l'alcool. On peut aussi se débarrasser des matières colorantes ; il est possible alors de retirer de l'extrait une substance sèche, incolore, qui contient le principe actif dans un état de concentration beaucoup plus grand que dans la solution glycérinée originelle. Dans la pratique, cette purification de l'extrait glycériné ne présente aucun avantage, car les substances dont on l'a purgé sont sans action sur l'homme. La purification du médicament augmenterait donc son prix inutilement.

Quant à la constitution de la substance active, on ne peut émettre actuellement que des hypothèses. Elle semble être un *dérivé des albuminoïdes*, et être très voisine de ces corps. Elle n'appartient pas cependant au groupe des toxalbumines ; elle supporte, en effet, de hautes températures et traverse vite et facilement la membrane du dialyseur. La quantité de cette substance contenue dans l'extrait est vraisemblablement très faible, je l'évalue à moins de 1 %. Si mon calcul est exact, on se trouverait ainsi en possession d'un corps dont l'action sur les animaux tuberculeux dépasserait de beaucoup celle des médicaments les plus énergiques connus.

Comment pouvons-nous nous représenter le mode d'action spécifique du médicament sur le tissu tuberculeux ? On peut émettre, cela se conçoit, diverses hypothèses. Sans vouloir prétendre que mon opinion fournisse la meilleure explication, voici comment je m'imagine le processus. Les bacilles, en se développant dans les tissus, comme dans les cultures, produisent certaines substances qui exercent sur les cellules vivantes, qui les entourent, des influences diverses, nuisibles sans doute. Parmi ces substances, il en est une qui, suffisamment concentrée, *tue le protoplasma vivant*, et l'altère en le mettant dans cet état que Weigert appelle né-

crose par coagulation. Dans ce tissu ainsi nécrosé, le bacille trouve des conditions de nutrition défavorables ; il ne peut plus se multiplier, et dans certains cas il finit par mourir.

C'est ainsi que je m'explique les faits suivants en apparence contradictoires : dans les organes atteints de tuberculose récente, comme par exemple la rate ou le foie de cobaye parsemés de granulations grises, on trouve des quantités de bacilles, tandis qu'ils sont très rares, et manquent même totalement dans la rate considérablement hypertrophiée et transformée presque entièrement en un tissu blanchâtre de nécrose par coagulation, comme cela se voit fréquemment chez les cobayes que l'on a laissé succomber aux progrès de la tuberculose.

Chaque bacille produit ainsi une nécrose, mais qui ne s'étend pas très loin. Dès que la nécrose s'étend un peu, la croissance du bacille s'arrête, et par suite la production de la substance nécrosante cesse. Il s'établit ainsi une sorte de compensation réciproque qui limite la végétation des bacilles isolés, comme cela se voit dans le lupus, dans la scrofule ganglionnaire, etc. Dans ces cas la mortification n'envahit ordinairement qu'une partie d'une cellule, et celle-ci continuant à s'accroître prend la forme d'une cellule géante. J'admets ainsi, on le voit, l'explication fournie par Weigert sur l'origine des cellules géantes.

Si maintenant, par des procédés artificiels, on accroissait dans les tissus voisins du bacille la quantité de substance nécrosante, la nécrose se développerait sur une étendue plus considérable, et par suite on rendrait la nutrition du bacille bien plus difficile que dans les cas ordinaires. Les tissus, ainsi nécrosés sur une grande étendue, se détruiraient, se détacheraient, et là où cela est possible, entraîneraient avec eux les bacilles qu'ils contiennent et les expulseraient à l'extérieur. Dans d'autres cas les bacilles seraient gênés dans leur végétation et finiraient par mourir, comme cela se voit dans les conditions habituelles.

C'est précisément la production de ces altérations qui me paraît constituer le *mode d'action du remède. Il contient une certaine quantité de la substance nécrosante.* Même chez un individu sain, celle-ci, injectée à dose un peu forte, altère certains éléments histologiques, peut-être les globules blancs ou les cellules qui leur sont analogues. De là résultent la fièvre et tout l'ensemble symptomatique que j'ai décrit. Mais chez le tuberculeux une dose bien plus faible produit des effets considérables. Dans certains points, en particulier dans ceux où des bacilles végètent et ont déjà imprégné leur voisinage de cette substance nécrosante, elle provoque une mortification plus ou moins étendue des cellules, en même temps que des phénomènes de réaction générale. Cette interprétation permet pour le moment d'expliquer l'action spécifique exercée par le remède sur le tissu tuberculeux à doses déterminées, et même la possibilité d'augmenter les doses d'une façon si rapide, ainsi que la puissance curative du remède qui se manifeste, on ne peut le méconnaître, quand les conditions sont un peu favorables. (*Deutsche medicinische Wochenschrift* nº 3.)

LA SEMAINE MÉDICALE.

La composition de la lymphe de Koch

Nos lecteurs s'attendaient bien d'après les renseignements fournis par les journaux politiques de ces derniers jours, à la révélation prochaine de secret de Koch. Comme nous devions marcher d'étonnement en étonnement dans cette affaire, un nouvel étonnement nous était réservé, c'est que le secret de Koch fût si simple... si simple qu'on se demande quel motif *scientifique* pourrait expliquer qu'on l'ait gardé. *La lymphe est un extrait glycériné de cultures pures et stérilisées de bacilles tuberculeux* ; c'est ce qu'avait annoncé le 23 novembre un collaborateur du *Bulletin médical*, c'est également ce que nous avait dit, il y a un mois, un de nos amis de l'Institut Pasteur ; mais on pensait qu'il y avait autre chose ! Eh bien, non, c'est tout.

Ou plutôt il faut ajouter avec le même collaborateur du *Bulletin* :

« Après la dernière publication de Koch, nous ne sommes guère plus avancés aujourd'hui qu'avant.

Dans quelle proportion la glycérine est-elle employée ?

Pour une quantité de culture, dans quelle proportion le dissolvant doit-il être utilisé ?

Quel âge doivent avoir les cultures ? Chacun sait, en effet, que la teneur en toxines varie avec le temps ; les sécrétions du vingtième jour ne sont pas celles du huitième ni comme quantité, assurément, ni même comme qualité.

Avant de faire agir la glycérine, dans quel état doit être la culture ? Doit-elle être concentrée, évaporée, évaporée à chaud, à froid ? Ces opérations se font même avec des milieux solides, que l'on peut, du reste, liquéfier au préalable.

La glycérine agit-elle sur un résidu ou sur la culture en bloc ?

Tout cela, on ne nous le dit pas.

Même silence relativement aux conditions exactes de la précipitation par l'alcool et à la durée des diverses opérations dont nous venons de parler.

A une première et rapide lecture de la communication de Koch, les personnes qui ne sont pas au courant des choses de la bactériologie pourraient croire qu'il a tout dévoilé. Mais pour peu qu'on se soit occupé de ces sortes de recherches, on sait combien il est difficile de réussir la moindre expérience quand le plus petit détail manque. Même quand ce détail est connu, l'absence du tour de main suffit parfois pour faire aboutir à un résultat négatif. Ceux qui ont tenté des cultures de tuberculose humaine, d'après les indications de Koch, le savent mieux que personne, car jusqu'à ce jour les succès sont des plus exceptionnels.

En somme, l'expérimentateur qui, se guidant sur le dernier article du savant allemand, voudra aboutir aux mêmes résultats, ne pourra réussir que s'il a beaucoup de chance ou après des tâtonnements sans nombre. »

Enfin qu'y a-t-il de vraiment neuf dans le secret de Koch ?

« Sa technique n'est pas une méthode nouvelle. C'est l'application à une culture spéciale des procédés qu'emploient tous les jours ceux qui

dans les laboratoires s'occupent des produits solubles bactériens.

Nous ferons remarquer, en outre, que, puisque la lymphe est fabriquée par des bacilles, il faut s'attendre, d'après tout ce que nous savons, à certaines variations dans sa composition et peut-être dans son action.

Enfin, en matière de vaccins ou remèdes provenant de la vie des microbes, il faut savoir faire des réserves. Des animaux vaccinés par des toxines peuvent rester bien portants en apparence pendant des mois et finir par succomber.

Reste à savoir si l'extrait de Koch est suffisamment pur, et s'il n'aura pas d'effets nuisibles éloignés, même dans les cas où on a pu constater une amélioration.

Conclusions : tout cela, c'est beaucoup de bruit pour une découverte, fort intéressante à coup sûr, mais qui n'est qu'un épisode dans la merveilleuse histoire de la science microbique à l'évolution de laquelle nous assistons depuis le jour où notre Pasteur a ouvert la voie à tous les autres. Nous admirons certainement la patience et la logique de Koch dans ses travaux, mais avoir découvert et cultivé le bacille tuberculeux sera jusqu'à nouvel ordre son vrai titre de gloire ; avoir isolé de la culture de son bacille la toxine nécrosante est un mérite, mais dans cette voie de l'extraction des toxines sécrétées par les microbes, Pasteur, Brieger, Bouchard et Charrin, Roux et Yersin, pour n'en citer que quelques-uns, l'avaient devancé, sans avoir fait tant de fracas et sans avoir passé, avec une précipitation si peu médicale, de l'expérimentation sur l'animal à la thérapeutique humaine.

Koch affirme encore, dans sa dernière communication, que tout ce qu'il avait promis, il l'a tenu. Mais il ne peut encore citer comme exemples de guérison que les deux malades de l'hôpital Moabit dont les crachats ne contiennent plus de bacilles depuis trois mois. Sont-ils guéris cependant ? L'avenir le dira, mais deux guéris sur plusieurs milliers d'inoculés depuis quatre mois, ce n'est guère ; et combien sont morts rapidement qui auraient plus longtemps survécu, si on n'avait pas réveillé chez eux les bacilles enkystés !

Décidément cette affaire a été bien mal conduite, et si Koch continue à mériter le respect des savants, le monde politique Berlinois y a perdu beaucoup du prestige moral qu'il pouvait exercer peut-être sur d'autres que les Français.

Syphilide de la face simulant la trichophytie cutanée chez un enfant hérédo-syphilitique.

M. *Feulard* a présenté à la Société de dermatologie un enfant de 21 mois, né de parents syphilitiques, porteur de déformations crâniennes, chez lequel s'est développée une éruption rouge et légèrement croûteuse, constituée par deux grands demi-cercles, occupant les deux joues : au premier abord l'aspect était celui de la tricophytie cutanée ; l'éruption en différait cependant par un relief plus prononcé, par la présence de petites croûtes ; de plus, il y avait sur le menton une lésion syphilitique. La mère a fait trois fausses couches avant la naissance de cet enfant, et depuis cette époque elle a encore fait une fausse couche de six mois.

Syphilis et vaccination animale.

M. *Mareschal* rappelle qu'un certain nombre de faits de syphilis vaccinale ont été observés à la suite de la vaccination avec le vaccin de génisse ; mais il faut dans ces cas accuser la contamination de l'instrument vaccinateur par le sang d'un sujet syphilitique vacciné dans la même séance.

Pour éviter le retour de pareils accidents, il est indispensable de n'employer pour la vaccination, qu'un instrument neuf ou tout au moins minutieusement stérilisé. Après avoir essayé, différents instruments, aiguilles, épingles, etc., etc., j'ai constaté que celui avec lequel j'obtenais les succès les plus fréquents était la plume à écrire non fendue, telle qu'on peut se la procurer pour un prix minime dans les fabriques de plumes : on peut ainsi mettre de côté cet instrument peu coûteux après qu'il a servi une fois. J'ai fait construire pour tenir la plume (vaccinostyle) un manche métallique léger, muni d'une pièce qui permet de rejeter la plume après chaque vaccination sans la toucher avec les doigts.

M. *Lailler*, il y a 20 ans, a déjà cherché à employer pour la vaccination un instrument qui ne fût pas contaminé par les humeurs des sujets vaccinés ; il a fait construire une aiguille de platine et d'iridium contournée en forme de vrille qui, en raison de sa composition, peut être portée au rouge sans craindre de l'altérer. La désinfection et la stérilisation par la chaleur paraissent un moyen bien plus sûr pour empêcher la transmission de la syphilis que l'emploi d'un instrument qui, rejeté après la vaccination, peut être ramassé par des gens de service, revendu et utilisé une seconde fois sans désinfection réelle et efficace.

Les nouveaux antipyrétiques dans le traitement des affections infantiles (1).

L'étude des affections fébriles de l'enfance a démontré que des élévations de température modérées, de 38°5 à 39°5, ne durant que peu de jours, ne nécessitent aucunement l'emploi des médicaments antipyrétiques.

M. *Demme*, professeur de pédiatrie à Berne, préfère l'application autour du tronc d'un drap humide et froid renouvelée toutes les heures ou toutes les deux heures. L'expérience lui a appris que l'excitation nerveuse et l'agitation qui accompagnent les températures moyennes, l'insomnie qui n'est pas rare dans ces cas, sont combattues avec succès par un bain tiède de 26 à 28 degrés, durant de 5 à 10 minutes et renouvelé de une à deux fois par jour.

Ce ne sont que les températures élevées et persistantes de 40 degrés qui semblent nécessiter l'emploi des antipyrétiques dont nous disposons et encore sous certaines réserves. Ce n'est pas, en effet, l'élévation seule de la température qui doit dans ces cas entrer en ligne de compte, c'est également le caractère même du processus pathologique qui lui a donné naissance, ainsi que la force de résistance du malade.

D'après Demme, la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, les broncho-pneumonies sont les affections qui supportent le mieux le traitement médicamenteux antipyrétique. Par

(1) Compte rendu annuel des travaux de l'hôpital de Berne, in *Médecine moderne*.

contre, il évite ce dernier ou ne l'emploie qu'à son corps défendant dans la diphthérie, les exanthèmes aigus (scarlatine, rougeole, etc., etc.) et dans la pneumonie fibrineuse.

L'emploi combiné des bains et des médicaments antithermiques ne lui semble pas recommandable, pas plus que le bain rafraîchissant à température progressivement décroissante; il ne fait usage de ce dernier que très rarement en cas d'indications spéciales émanant de l'exagération du chiffre de la température. Par contre, les *bains tièdes* lui auraient toujours donné des résultats antipyrétiques satisfaisants : il les fait donner à 26 degrés et les accompagne, quand il existe des symptômes comateux et une teinte légèrement cyanotique de la face, *d'affusions froides de la tête et de la nuque*, renouvelées souvent et à de courts intervalles pendant le bain.

Pour ce qui concerne le choix des antipyrétiques, Demme donne la préférence, dans le cas de rhumatisme articulaire aigu, au *salicylate de soude*, à condition toutefois que les organes digestifs le tolèrent, car, s'il existe de la répulsion pour ce médicament et une tendance à la diarrhée et aux vomissements, il le remplace par le *salol*.

Les doses journalières du salicylate de soude sont les suivantes :

Pour un enfant de	2 à 4 ans.	0 gr. 50 à 1 gr.
—	5 à 10 ans.	1 gr. à 2 gr.
—	11 à 15 ans.	2 gr. 50 à 3 gr.

Celles du salol sont les suivantes :

Pour un enfant de 2 à 4 ans, 3 fois par jour, un paquet de 25 à 35 centigrammes.

Pour un enfant de 5 à 10 ans, 3 à 4 fois par jour, un paquet de 50 à 75 centigr.

Pour un enfant de 11 à 15 ans, 3 à 4 fois par jour un paquet de 75 centigr. à 1 gramme.

Dans la fièvre typhoïde, la thalline, sous forme de sulfate de thalline, aurait rendu à Demme les plus précieux services. Il en administre un paquet toutes les 2 heures à la dose de :

Pour un enfant de	3 à 4 ans......	1 centigr.
—	5 à 10 ans......	2 —
—	11 à 15 ans......	3 à 5 cent.

— Suivant nous, la thalline doit être laissée de côté parce qu'elle détermine quelquefois de la cyanose et du collapsus.

Dans les broncho-pneumonies à haute température, sujettes à des rechutes et d'une longue durée, Demme préconise à la première période les doses répétées d'*antipyrine*. Il l'administre en solution dans de l'eau à laquelle il ajoute un peu de sucre et quelques gouttes de cognac. Grâce à cette préparation, il n'a eu qu'exceptionnellement à constater des troubles de l'appétit ou des vomissements. C'est toujours à elle qu'il a eu recours, et cela avec succès, quand il s'agissait d'abaisser des températures d'une élévation exagérée dans les broncho-pneumonies, au cours d'exanthèmes aigus ou d'une diphtérie grave. C'est donc l'antipyrine qu'il préfère à tous les antipyrétiques. Il la prescrit à la dose de 2 à 3 gr. par fractions qui sont administrées d'heure en heure.

Pour les enfants de	2 à 4 ans	20 à 40 centigr.
—	5 à 10 »	50 à 75 —
—	11 à 15 »	80 centigr. à 1 gr.

Ces doses sont absolument suffisantes pour remplir leur but et Demme ne s'explique pas que certains médecins préconisent des doses bien plus considérables qui ont l'inconvénient d'amener des vomissements et des températures de collapsus.

Quand il s'agit, dans le cours d'une broncho-pneumonie d'abaisser la courbe de la fièvre hectique, l'antipyrine ou l'un quelconque des nouveaux antipyrétiques appartenant à la série aromatique, ne produisent que peu d'effets. Par contre, le *sulfate de quinine* donne les résultats les plus remarquables ; on peut, grâce à lui, non seulement hâter la terminaison de la maladie, mais même la juguler.

Les doses sont :

Pour des enfants de	2 à 4 ans	20 à 40 centigr.
—	5 à 10 ans	50 centigr.
—	11 à 15 ans	75 centigr. à 1 gr.

La sciatique spasmodique.

Les attitudes vicieuses, et en particulier les déviations du rachis, récemment étudiées par MM. Charcot, Babinsky, Ballet, font maintenant partie du cortège symptomatique des sciatiques, comme nous l'avons dit dans notre dernier article. Tout récemment l'attention a été attirée par M. *Brissaud*, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, sur une variété de cette névralgie, dans laquelle il y a *scoliose homologue*, le contraire se produisant dans la généralité des cas. Cette exception à la règle n'est pas une chose indifférente : elle est le fait d'un élément morbide surajouté, le spasme, qui peut modifier le tableau général de la maladie. Aussi M. Brissaud donne-t-il à cette forme la dénomination de sciatique spasmodique. M. H. Lamy, son interne, en a publié récemment deux cas remarquables dans le *Progrès médical*. De l'étude de ces faits il découle que l'existence du spasme est pour ainsi dire annoncée dès le début par ce fait que les malades sentent leur membre inférieur se raidir dès les premiers signes du mal. Quelquefois le début a lieu avec une violence inusitée ; le malade ressent une vive douleur dans le flanc, il tombe, et, quand on le relève, son membre inférieur est étendu dans la rigidité.

Plus tard, de la trépidation, des secousses apparaissent.

M. Brissaud a relaté un cas de sciatique spasmodique avec allongement apparent du membre, mais il fait remarquer que l'attitude est loin d'être constante dans les faits de ce genre, et qu'elle dépend de la manière dont le spasme est distribué dans les muscles. Il ajoute que la sciatique est le plus souvent une névralgie du plexus lombo-sacré. Le fait est vrai pour les malades qui présentent des points douloureux sur le trajet du nerf crural, dans la région du flanc, au niveau du grand oblique de l'abdomen. Quelquefois, l'ascension du bassin sous l'influence de la rigidité spasmodique des muscles qui peuvent agir sur lui (carré lombaire, obliques de l'abdomen même, animés par le plexus lombaire) peut seule rendre compte du raccourcissement observé, puisque ce raccourcissement considérable peut disparaître avec la guérison.

Quant à l'élargissement apparent de la fesse, que M. Lamy a noté dans les faits qu'il relate, il ne peut s'expliquer que par la rotation du bassin portant en arrière la région trochantérienne du côté malade.

La rotation seule du grand trochanter est incapable de modifier les dimensions en largeur de la fesse.

D'ailleurs, le pied peut être tourné tantôt en dedans, tantôt en dehors. Ces différences tiennent à la localisation du spasme qui porte dans ce dernier cas sur la masse puissante des rotateurs en dehors (fessiers, obturateur interne, pyramidal, etc.), tandis qu'il affecte dans le premier cas les faisceaux antérieurs du petit et du moyen fessier (rotateurs en dedans). M. Lamy ajoute que la raison de ces localisations variées semble devoir être cherchée plus haut encore qu'au niveau du plexus lombo-sacré, si l'on veut bien tenir compte des points douloureux rachidiens qui semblent en rapport avec l'origine spinale de la maladie. Il s'agit là d'un fait sur lequel Trousseau a insisté dans ses leçons sur les névralgies en général et que M. Féré a signalé récemment à propos du zona intercostal.

Un des malades observé par M. Lamy a présenté pendant son séjour à l'hôpital des déterminations névralgiques multiples accompagnées chaque fois d'anesthésie douloureuse dans la région correspondante, du côté du bras d'abord, puis de la face; et chaque fois les douleurs rachidiennes ont suivi une marche parallèle, au point que, lors de l'apparition de la névralgie faciale, les apophyses épineuses étaient douloureuses à la pression sur toute la longueur du rachis. On ne saurait dire, d'après le petit nombre des faits connus, si la sciatique spasmodique est d'une nature différente de la sciatique vulgaire. On doit signaler les récidives fréquentes présentées par certains malades, qui en ont eu jusqu'à huit en l'espace de huit ans.

REVUE DE CHIRURGIE

I. A la Société de chirurgie. — II. Pathogénie et traitement de la scoliose des adolescents. — III. De la trochantérite.

I

Parmi les communications faites dans les dernières séances de la Société de chirurgie, nous relevons les suivantes :

M. *Ricard* communique un cas d'*occlusion intestinale liée au développement d'une tumeur dermoïde de la région ovarique.* La malade avait des accidents graves d'occlusion intestinale depuis quatre jours ; ces accidents consistaient en douleurs vives, vomissements fécaloïdes, arrêt complet des matières intestinales et des gaz, ballonnement du ventre. En raison de la gravité de la situation, M. Ricard, sans poser de diagnostic ferme, pratiqua la laparotomie et trouva l'intestin distendu et comprimé par une masse reliée à l'utérus par un pédicule. La tumeur fut énucléée non sans peine et la malade guérit. Ce fait montre quels bons résultats on peut attendre de la laparotomie dans les cas douteux. — Toutefois, l'intervention chirurgicale n'est pas toujours aussi heureuse et ne permet pas toujours de trouver la cause de l'étranglement. M. *Berger* a opéré une femme atteinte de *hernie ombilicale* et chez laquelle il trouva l'*intestin tordu sur lui-même et maintenu par une bride mésentérique.* Dès que la torsion fut déroulée, la circulation des gaz se rétablit dans l'intestin ; mais il fut impossible à l'opérateur de retrouver la bride mésentérique, pourtant très apparente, qu'il avait constatée d'une manière positive au début de l'opération. La malade succomba au bout de 24 heures à la persistance des accidents graves et notamment du collapsus. A l'autopsie on trouva un volumineux fibrome utérin, d'où partaient deux brides qui allaient s'attacher au mésentère, un peu au-dessus du point où s'était produite l'occlusion. — M. *Routier* cite un cas semblable au point de vue des difficultés du diagnostic ; une femme atteinte de hernie ombilicale présentait tous les phénomènes de l'étranglement. Bien que la hernie fût peu tendue, comme l'état général était très grave, M. Routier opéra et trouva dans la hernie une masse épiploïque avec une anse intestinale non étranglée. L'examen des régions voisines ne révéla rien de particulier. La malade mourut le lendemain ; on trouva à son autopsie un cancer annulaire du gros intestin absolument inopérable et inacccessible.

La *chirurgie du foie* fait chaque jour des progrès ; mais à mesure que les chirurgiens interviennent de plus en plus pour des affections de cet organe, ils rencontrent des difficultés particulières. — M. *Terrillon*, depuis neuf ans, a eu l'occasion de recourir neuf fois à une intervention chirurgicale sur la vésicule biliaire ou sur le foie. Dans six cas, l'opération plus ou moins complexe a porté sur la vésicule biliaire (incision, extraction de calculs biliaires, suture de la vésicule à la paroi abdominale ou résection de cette vésicule) ; toutes ces opérées ont guéri, sauf une chez laquelle la fièvre s'établit d'une manière continue après une certaine période d'amélioration et qui mourut d'épuisement. — Deux fois il s'est agi d'une incision exploratrice qui a intéressé le foie. Enfin, chez un autre malade, M. Terrillon a pratiqué la résection partielle de la glande hépatique.

M. *Marchand* a opéré une femme de 27 ans qui, depuis deux mois, ressentait dans les régions de l'estomac et du foie des douleurs dont l'acuité augmentait chaque jour; elles étaient accompagnées de frissons, de fièvre, de troubles digestifs et d'amaigrissement rapide. A l'examen M. Marchand constata, au niveau de la région épigastrique, une voussure très accentuée, douloureuse à la pression, qui s'étendait du côté du foie. Il pratiqua la laparotomie médiane, mais ne put trouver qu'un foie lisse et volumineux, sans percevoir aucune tuméfaction fluctuante. La malade succomba treize jours plus tard. L'autopsie montra une augmentation énorme du foie, dans lequel existaient plusieurs dizaines de foyers purulents, variant de la grosseur d'une noisette à celui d'une noix ; outre ces abcès qui étaient développés dans les ramifications de la veine porte, il s'en trouvait un plus gros, situé autour de cette veine elle-même.

M. *Peyrot* a opéré un jeune homme de 28 ans ayant un abcès du foie qui formait une vaste collection, formant voussure au-dessous des fausses côtes. Sur le point le plus saillant de la tuméfaction, à un centimètre du rebord des fausses côtes, M. Peyrot pratiqua une incision verticale de 5 centimètres ; il fit sortir environ deux litres de liquide purulent du foyer ainsi largement ouvert, puis fit immédiatement dans la poche des irrigations avec une solution phéniquée. Pendant ces manœuvres de nettoyage, comme il n'existait pa

d'adhérences entre la paroi de l'abcès et la paroi abdominale, le parallélisme entre l'incision tégumentaire et l'incision hépatique s'est trouvé détruit par suite du retrait et de l'ascension de la poche vidée de son contenu. M. Peyrot chercha à ressaisir les lèvres de l'incision hépatique, mais ce ne fut qu'après l'anesthésie du malade qu'il put raccrocher la paroi de l'abcès, et la suturer à l'ouverture abdominale. La guérison fut assez rapidement obtenue. L'examen microbiologique montra que les microbes de la suppuration manquaient dans le liquide de cette poche hépatique ; ce qui explique pourquoi l'écoulement d'une certaine quantité de liquide dans le péritoine ne produisit pas d'accident. — M. *Bouilly* a observé également un cas où la paroi du kyste purulent se retira en haut et en arrière et les deux incisions cessèrent de se correspondre. Malgré un épanchement de pus horriblement fétide, dans la cavité péritonéale, aucun accident ne survint et le malade guérit. Toutefois depuis cette époque, M. Bouilly prend la précaution de fixer la poche purulente à la lèvre inférieure de l'incision cutanée avant d'en faire l'ouverture. C'est également la conduite adoptée par M. Périer.

M. *Chauvel* dans les cas d'abcès du foie qu'il a eus à traiter ne fait pas de sutures des lèvres des incisions : il n'est pas partisan de ces sutures parce qu'elles peuvent provoquer des déchirures lorsque le foie s'élève ou, dans le cas contraire, créer des adhérences nuisibles.

M. *Robert* a vu au *Tonkin* de nombreux malades atteints d'*abcès hépatiques* : il sont là-bas rarement localisés ; on les trouve souvent disséminés dans l'épaisseur du foie. L'opération était faite généralement en deux temps : le premier jour on ne pratiquait que l'incision du tégument ; le lendemain on enfonçait dans le foie un trocart que l'on promenait en tous sens dans son épaisseur, puis une ponction était pratiquée plus tard. On vidait ainsi certains foyers, mais souvent quelques-uns échappaient aux recherches des chirurgiens et les malades mouraient. Après chaque ponction il se produisait une amélioration passagère.

M. *Bazy* a opéré un homme de 44 ans chez lequel depuis trois ans s'était développée au niveau de l'aine droite, une *tumeur anévrysmale* : en présence du volume énorme de cette tumeur, de son inflammation et du mauvais état général du malade, M. Bazy pensa que la ligature seule au-dessus et au-dessous de la tumeur serait impuissante pour la guérison ; après ligature de l'artère et la veine fémorale, il procéda à la dissection de la tumeur anévrysmale et pratiqua la réunion à l'aide de sutures profondes et superficielles. La guérison fut parfaite.

II. Pathogénie et traitement de la scoliose (1).

Dans une monographie fort intéressante, et que nous analysons en détail en raison de son importance pratique, le Dr *Kirmisson*, chirurgien de l'hospice des Enfants-Assistés, étudie la *scoliose essentielle des adolescents* qui s'observe indépendamment de toute autre affection, dans le cours de la seconde enfance ou de l'adolescence ; il ne faut pas la confondre avec la scoliose *symptomatique* liée à une maladie antérieure (pleurésie, paralysies musculaires, sciatique, etc.), ni même avec la scoliose rachitique qui se développe dans le cours de la première enfance, de deux à cinq ans de préférence.

De nombreuses théories ont été émises pour expliquer le mode de production de la scoliose. Voici les principales : 1° théorie *musculaire* (rétraction musculaire primitive ou parésie musculaire répondant à la convexité du rachis) ; 2° théorie *ligamenteuse* de Malgaigne, d'après lequel les déviations vertébrales seraient produites par la faiblesse des ligaments survenue au milieu d'un mauvais état général ; 3° théorie *osseuse* (inflammation lente des vertèbres, développement asymétrique du thorax et de la colonne vertébrale, exagération de la courbure physiologique à concavité gauche) ; 4° théorie de la *surcharge* de la colonne vertébrale.

Après avoir exposé ces différentes théories dont il montre les points faibles, M. Kirmisson se rallie à la théorie osseuse et admet que *la scoliose provient d'un trouble dans le développement de la colonne vertébrale.* Toutes les causes qui sont capables d'entraver le travail d'ossification des vertèbres peuvent donner naissance à la scoliose : de ce nombre sont les attitudes vicieuses prises pendant les heures d'étude, pendant les différents travaux manuels, la station debout trop longtemps prolongée, l'action de porter des fardeaux trop considérables, de faire exécuter à l'un des deux membres supérieurs des efforts qui amènent le développement exagéré de l'une des moitiés du thorax aux dépens de l'autre. On peut incriminer encore une croissance exagérée et trop rapide, l'anémie, la chlorose, les troubles de la nutrition auxquels donne naissance chez la jeune fille l'établissement de la menstruation. Toutefois, ces différentes circonstances ne sauraient être invoquées comme les causes premières de la scoliose : elles n'ont d'autre rôle que celui des causes adjuvantes. La cause initiale, celle qui prime toutes les autres dans la scoliose essentielle des adolescents, c'est le trouble de nutrition des vertèbres pendant la période de développement : c'est le rachitisme vertébral de l'adolescence plus ou moins analogue, sinon identique, à celui de la première enfance.

Au point de vue du traitement, plus l'intervention du chirurgien sera prompte, plus elle aura de chance d'être efficace. Aussi est-il important de reconnaître de bonne heure, non pas une gibbosité nettement caractérisée, mais ces légères imperfections dans la tenue des jeunes filles, qui souvent passent inaperçues ou sont traitées avec une trop grande légèreté. Ce sont ces attitudes vicieuses qu'il faut s'attacher à combattre à leur début, pour éviter d'avoir affaire plus tard aux déformations osseuses contre lesquelles on ne lutte qu'avec d'extrêmes difficultés.

Le traitement comprend donc deux ordres de moyens : les uns, constituant le traitement préventif, sont applicables aux premières périodes de la maladie ; les autres forment le traitement curatif et s'adressent aux déformations osseuses déjà constituées.

A. Traitement préventif. Il exige avant tout qu'on surveille avec soin l'attitude des enfants pendant la seconde enfance et l'adolescence ; chez les jeunes filles, on redouble d'attention au moment de l'établissement de la fonction menstruelle. On s'attache à combattre la tendance qu'ont

(1) Revue d'Orthopédie, 1890.

souvent les enfants à prendre des attitudes vicieuses pendant les heures de classe ; celles-ci ne seront pas trop prolongées et seront interrompues par de fréquentes récréations. Si les enfants sont atteintes d'anomalies de la réfraction, de myopie par exemple, il faut prendre soin de corriger par l'emploi de verres convenables l'imperfection de l'appareil de la vision. Il faut disposer les pupitres des enfants et leur éclairage, de telle sorte qu'ils n'aient pas besoin de s'incliner sur leur ouvrage. Le siège doit être disposé de telle sorte qu'il fournisse constamment au dos de l'enfant un appui solide ; quant au pupitre, incliné à 15 degrés environ, il devra présenter une hauteur et un écartement par rapport au siège, calculés de telle sorte que l'enfant puisse commodément y appuyer les bras en écrivant, sans avoir besoin de se pencher en avant.

Les enfants qui sont employés à un travail manuel ne doivent pas porter de poids trop considérables, ni exécuter des efforts répétés avec l'un des membres supérieurs, le droit le plus souvent. Chez les jeunes filles, on ne saurait trop surveiller l'attitude pendant les travaux à l'aiguille et pendant les exercices de piano.

Si la tendance à la déviation du rachis s'accuse de plus en plus, on soumet les enfants au décubitus prolongé : sans les maintenir au lit constamment ; on alterne les heures d'exercice avec les heures de repos. Le lit des malades doit être bien horizontal et assez résistant pour ne pas se laisser déprimer par le poids du corps. On doit proscrire complètement l'usage des oreillers. Pendant la station debout on s'efforce de soutenir autant que possible le tronc à l'aide de corsets, renforcés, au niveau des parties convexes de la colonne vertébrale, par des baleines et au besoin par des montants en acier.

B. Traitement curatif. Il comprend deux ordres de moyens : les moyens mécaniques et les moyens orthopédiques. Après avoir passé en revue les nombreuses méthodes préconisées par ses devanciers, M. Kirmisson indique comment il comprend et pratique le traitement des déviations latérales du rachis.

Le rachitisme vertébral paraissant être la cause essentielle de la scoliose, il faut mettre au premier rang de la thérapeutique les différents moyens qui sont de nature à améliorer la santé générale et par suite à activer la nutrition du système osseux. De ce nombre sont l'exercice modéré, le séjour à la campagne, au bord de la mer, les bains salés, l'hydrothérapie, une nourriture tonique, l'huile de foie de morue, et surtout le phosphate de chaux, dont l'usage a ici une importance considérable.

L'extension continue dans la position horizontale au moyen des lits orthopédiques a pour graves inconvénients de condamner les malades à une immobilité absolue, d'entraver la nutrition et de débiliter le système musculaire. Le traitement par les appareils portatifs de redressement entrave le développement du thorax et des mouvements respiratoires ; de plus, l'emploi de ces appareils est illusoire parce que, pour être efficaces, les pressions devraient être considérables ; il est même nuisibles en surchargeant d'un nouveau poids la colonne vertébrale qu'il faudrait au contraire alléger.

M. Kirmisson est partisan du traitement orthopédique par la gymnastique médicale et les appareils de redressement. Les côtes et les membres supérieurs sont les deux leviers à l'aide desquels on peut agir sur la colonne vertébrale : aussi, pendant toute la durée des exercices orthopédiques, faut-il faire exécuter par le malade de larges mouvements respiratoires, combinés avec des mouvements synergiques des membres supérieurs. Voici les appareils et les exercices que recommande M. Kirmisson.

1° Les malades sont soumis à la suspension d'après la méthode de Sayre modifiée, au moyen de l'appareil suivant : il se compose de deux montants verticaux supportant une barre transversale à laquelle est attaché l'appareil à suspension qui prend point d'appui, comme à l'habitude, sur la tête et sous les aisselles du malade. En outre, à l'appareil sont surajoutées deux plaques qui peuvent être approchées l'une de l'autre par un mouvement de vis de manière à enserrer le bassin sur ses parties latérales et à l'immobiliser, en même temps qu'une troisième plaque convenablement disposée vient exercer une compression sur la gibbosité costale. La suspension jointe à la compression exercée par la pelote est continuée pendant 5 ou 6 minutes : pendant toute la durée de ce temps, la malade exerce de profonds mouvements d'inspiration.

2° La suspension latérale est également utile ; le côté de la convexité répond à la barre d'appui, de sorte que dans cette attitude la colonne vertébrale prend une attitude en sens inverse de sa courbure vicieuse. Le bras répondant à la convexité est pendant et soutient une haltère qui fait contrepoids et entraîne le tronc dans l'attitude qu'on lui veut imprimer. Le bras du côté opposé exécute des mouvements alternatifs d'élévation et d'abaissement. Le chirurgien, placé derrière le malade, immobilise le bassin en embrassant d'une main la crête iliaque, tandis qu'avec l'autre main il s'efforce d'entraîner en arrière l'épaule répondant à la concavité, de manière à imprimer à la colonne vertébrale une torsion en sens inverse de sa torsion physiologique.

3° Pour assurer la bonne exécution des mouvements des membres supérieurs associés aux mouvements respiratoires, en même temps que le redressement du tronc, M. Kirmisson a fait construire un appareil qui se compose de deux montants verticaux réunis entre eux, à la partie inférieure, par une tablette horizontale sur laquelle monte le malade.

Les talons doivent toucher en arrière aux supports verticaux et la pointe des pieds être dirigée en dehors, de façon à éloigner la base de sustentation. Le malade fait effort pour se redresser autant que possible, sans toutefois s'élever sur la pointe des pieds ; puis il exécute des mouvements synergiques des membres supérieurs et de la respiration ; les mouvements d'inspiration coïncident avec ceux d'élévation des bras, tandis que les mouvements d'expiration se font avec l'abaissement des membres supérieurs. Ces mouvements, exécutés lentement avec la plus grande précision possible, sont répétés de vingt à trente fois. On leur donne encore plus de précision, en plaçant dans chacune des mains du malade une haltère de petit volume.

En outre, il faut prescrire un certain nombre d'exercices qui ont pour but d'assurer le développement du système musculaire et de faire exé-

cüter par le malade lui-même le redressement de la colonne vertébrale.

1° Le malade étant placé dans l'attitude verticale, les deux talons rapprochés l'un de l'autre, la pointe des pieds en dehors, porte les bras, d'abord en dehors, puis en avant, comme dans l'action de plonger, en même temps qu'il fléchit le tronc jusqu'à ce que la pointe des pieds arrive à toucher le sol. Puis il se redresse progressivement en portant d'abord le bras en avant, puis en dehors et enfin les laissant retomber le long du corps de manière à revenir à l'attitude verticale primitive, la tête portée dans une extension forcée, les épaules aussi effacées que possible. Pendant toute la durée de cet exercice, le chirurgien soutient le malade, en plaçant une main sur l'épaule du côté opposé à la convexité, tandis qu'avec l'autre main il exerce sur la gibbosité costale une pression contre laquelle doit lutter le malade pendant le mouvement de redressement.

2° Le malade est couché sur une table dans le décubitus abdominal, le tronc dépassant le rebord de la table ; les membres inférieurs sont fixés, soit par les mains d'un aide, soit par une courroie qui les enserre. Dans cette attitude, le malade croise les mains derrière le dos jusqu'à ce que chacune des mains vienne embrasser le coude du côté opposé, puis il imprime à la colonne vertébrale des mouvements alternatifs de redressement et de flexion. Dans cet exercice, les muscles extenseurs du rachis entrent en jeu, ce qui les fortifie, en même temps que les épaules sont portées en arrière de façon à effacer autant que possible la gibbosité.

3° Le malade étant couché comme précédemment noue les bras autour du tronc du chirurgien : celui-ci exerce avec l'une des mains une pression sur la gibbosité costale, en même temps qu'il imprime à la colonne vertébrale une inclinaison latérale en sens inverse de la courbure pathologique.

4° Pour agir contre l'inclinaison vicieuse du bassin et de la portion lombaire de la colonne vertébrale, on place sous l'un des membres inférieurs un petit tabouret de manière à imprimer au bassin et à la région lombaire une obliquité en sens inverse de leur inclinaison vicieuse. Dans cette attitude, avec le bras répondant à la concavité du rachis chargé d'un haltère d'un poids convenable, le malade exécute des mouvements alternatifs d'élévation et d'abaissement, tandis qu'avec la main du côté opposé, il soutient et affaisse le côté convexe.

Après ces divers exercices dont la durée totale est environ d'une demi-heure, M. Kirmisson fait reposer les malades sur un plan incliné : l'extension est faite, au moyen de l'appareil de Sayre, par des poids d'un volume croissant ; l'obliquité imprimée au tronc reposant sur le plan incliné suffit à réaliser la contre-extension. Cette extension dans le décubitus *horizontal* est bien supportée par les malades : le poids extenseur peut être rapidement porté à 15 ou 20 kilogr.

Ces différents exercices ont pour but de mobiliser la colonne vertébrale, de redresser ses courbures vicieuses et de favoriser l'ampliation du côté concave. En outre, ils développent le système musculaire et fournissent aux malades les forces nécessaires pour maintenir la colonne vertébrale dans la position de rectitude que le chirurgien cherche à lui imprimer.

M. Kirmisson emploie comme auxiliaires les douches, l'électricité et le massage ; il ne se sert jamais des corsets et des différents appareils portatifs comme appareils de redressement, mais seulement comme soutiens de la colonne vertébrale dans l'intervalle des exercices orthopédiques. Dans les cas légers on se sert de corsets en coutil pourvus de tiges en acier qui les renforcent du côté répondant à la convexité. S'il s'agit de cas plus graves, on a recours aux corsets plâtrés, renouvelés aussi souvent que l'exigent les progrès du redressement. M. Kirmisson réserve pour les cas graves, dans lesquels une difformité considérable doit nécessairement persister, les corsets en cuir moulé, pourvus de béquillons axillaires.

III. De la trochantérite (1).

Le professeur Le Fort, à propos de trois malades atteints de *trochantérite*, appelle à nouveau l'attention des chirurgiens sur cette affection, qu'il faut distinguer avec soin de la coxalgie dont elle présente quelques symptômes ; en effet si on ne lui oppose que les moyens thérapeutiques employés d'ordinaire pour la coxalgie, la trochantérite continue sa marche envahissante et produit la coxalgie la plus grave, la coxalgie de forme osseuse.

Ce qui la distingue de la coxalgie, c'est qu'elle ne s'accompagne pas de douleurs articulaires, ni de raccourcissement, ni de suppression des mouvements. La douleur est limitée au grand trochanter et coïncide avec un développement anormal de cette apophyse, avec un œdème inflammatoire de la région, tandis que dans la coxalgie la douleur siège au niveau de l'articulation. Les mouvements articulaires sont possibles dans la trochantérite, tandis que dans la coxalgie ils deviennent impossibles par les douleurs qu'ils éveillent.

La trochantérite ou ostéite centrale du grand trochanter doit être également distinguée de la périostite trochantérienne qui ne produit pas une tuméfaction aussi considérable des parties molles ni un élargissement aussi marqué du grand trochanter, et qui, de plus, ne persisterait pas aussi longtemps que la trochantérite sans amener d'abcès.

En résumé, il est facile d'établir le diagnostic de trochantérite à la condition d'examiner les malades avec soin. Le seul traitement efficace de la trochantérite consiste à ouvrir linéairement le grand trochanter sur sa face externe et à prolonger le débridement à l'aide de la trépanation jusqu'au centre du tissu osseux.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le nouveau service militaire pour les étudiants en médecine.

M. le ministre de la guerre vient d'arrêter ainsi qu'il suit les conditions dans lesquelles les étudiants en médecine et les élèves en pharmacie, appelés à bénéficier des dispositions de la loi du 15 juillet 1889, accompliront leur service militaire :

« ... Ils seront répartis et incorporés dans

(1) *Semaine médicale*, déc. 1890.

les mêmes corps de troupe d'infanterie que les recrues de leur subdivision de région.

Quel que soit le nombre de leurs inscriptions, ils seront, pendant les six premiers mois de leur présence au corps, exclusivement soumis aux obligations du service imposé aux hommes de leur classe.

A partir du deuxième semestre, ils suivront les cours et exercices spéciaux aux infirmiers et brancardiers régimentaires et des conférences sur le service de santé en campagne. Cette instruction leur sera donnée, en dehors des exercices militaires, par les médecins des régiments, sous la direction des médecins-majors, suivant un programme approuvé par le chef de corps. On profitera spécialement, à cet effet, des heures réservées aux séances d'exercices corporels.

Pendant les manœuvres en pays de montagnes, un certain nombre d'étudiants en médecine, pris parmi ceux qui posséderont le plus grand nombre d'inscriptions et auront fait preuve de connaissances nécessaires, seront attachés aux bataillons alpins ; ils y rempliront les fonctions de médecin auxiliaire et jouiront des avantages actuellement concédés aux engagés conditionnels médecins affectés à ces bataillons.

Tous les cours et exercices professionnels spéciaux donneront lieu, de la part des médecins-majors des régiments, à des notes qui seront remises par eux aux chefs de corps, et dont il sera tenu compte pour le renvoi de ces étudiants ou pour leur maintien sous les drapeaux, conformément à la loi et aux règles tracées par la circulaire ministérielle du 28 mai 1890.

Un rapport sur l'instruction spéciale des étudiants en médecine et en pharmacie sera adressé par le médecin chef de service dans les corps de troupe au directeur du service de santé du corps d'armée.

Pendant la période de quatre semaines qui précédera leur passage dans la réserve, ces jeunes gens suivront, dans les hôpitaux militaires désignés par les commandants des corps d'armée, des cours et exercices professionnels en conformité de programmes arrêtés par les généraux sur la proposition des directeurs du service de santé. A cet effet, les étudiants qui, leur année de service accomplie, auront été versés dans une section d'infirmiers appartenant à un corps d'armée ne possédant pas d'hôpital militaire seront, après avoir rejoint le dépôt de cette section, dirigés sur les hôpitaux militaires d'un corps d'armée voisin, savoir :

Ceux de la deuxième section, sur l'hôpital de Lille ;

Ceux de la troisième section, sur l'hôpital du Gros-Caillou ;

Ceux de la quatrième section, sur l'hôpital de Saint-Martin ;

Ceux de la neuvième section, sur l'hôpital de Versailles ;

Ceux de la onzième section, sur l'hôpital de Rennes ;

Ceux de la douzième section, sur l'hôpital de La Rochelle ;

Ceux de la treizième section, sur les hôpitaux de Lyon.

En cas de mobilisation, ceux des étudiants qui auront subi avec succès l'examen de médecin auxiliaire seront employés comme tels ; tous les autres feront le service incombant aux infirmiers militaires. ».

Il est inutile d'insister pour montrer combien ces dispositions sont en contradiction avec la situation de l'élève en médecine, et les services qui dépendent, en réalité, de sa profession.

Si l'on veut en faire un soldat, c'est fort bien de l'astreindre au maniement du fusil, au détriment de ses études spéciales. Mais si l'on compte sur ses services professionnels dans l'armée, il importe de ne pas apporter d'entraves à son apprentissage médical ; et le meilleur moyen, pour cela, le procédé tout indiqué, c'est de l'incorporer aux hôpitaux militaires, durant son service obligatoire.

Nous nous étonnons qu'avec son grand esprit d'organisation et son suprême bon sens, M. le ministre de la guerre ne l'ait pas ainsi compris. Mais nous craignons bien que l'initiative de cette regrettable mesure ne lui appartienne pas.

(*La Tribune Médicale.*)

BULLETIN DES SYNDICATS

Association professionnelle des médecins de Rouen (1).

Nous avons reçu le compte rendu suivant :

Rouen, le 22 décembre 1890.

Monsieur et cher Collègue,

J'ai l'honneur de vous inviter à assister à la prochaine séance de la Société, qui aura lieu le vendredi 26 décembre, à huit heures et demie du soir, dans la salle ordinaire de ses réunions.

Veuillez, Monsieur et cher Collègue, agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Le Président,
DELABOST.

ORDRE DU JOUR.

1° Lecture du procès-verbal ;
2° Compte rendu financier ;
3° Second vote sur les modifications introduites dans les conclusions relatives aux questions de déontologie votées dans la précédente séance ;
4° Nomination du bureau.

Extrait du procès-verbal de la séance du 30 *mai.*

Membres présents : MM. Delabost, Hélot, Debout, de Welling, Jude Hue, Duboc, Giraud.

La séance est ouverte à 8 h. 3/4.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

L'ordre du jour appelle la discussion du deuxième vote sur la solution à donner aux questions déontologiques présentées par M. Carliez.

M. Delabost, afin de prendre part à la discussion, cède le fauteuil de la présidence à M. Hélot.

M. *Jude Hue.* — Il m'est venu un certain nombre de réflexions à la lecture du rapport de M. Delabost. Mon opinion est que le médecin traitant a le droit et le devoir d'éclairer de ses conseils le malade et sa famille quand on lui propose un confrère en consultation. Il doit par conséquent

(1) Nous ne connaissions pas cette Association qui ne diffère d'un syndicat que par le titre. Nous nous empressons de reproduire le compte rendu de la séance.

donner son opinion sur ce confrère. Si ses conseils ne sont pas suivis, c'est à lui à réfléchir et à décider s'il doit accepter le consultant ou se retirer.

Le médecin refusé en consultation est dégagé de tout devoir envers le médecin traitant. Il peut donc voir le malade non en arrière du médecin traitant, mais en son absence. Il peut continuer à voir le malade en en prévenant son confrère, de sorte qu'il puisse s'assurer s'il y a eu mauvaise foi du malade, ce qui arrive encore souvent, mais ce n'est pas à lui à s'assurer si le médecin traitant continue ses soins.

M. *Delabost.* — Lorsque j'ai lu mon rapport à la dernière séance, il ne contenait pas de conclusions formelles. Ces conclusions ont été faites d'une façon incomplète. Elles ne contiennent que le cas d'indignité comme motif de refus ; je proposerais de les compléter ainsi :

« Le médecin traitant doit les conseils à son malade sur le choix d'un médecin consultant, cependant la question comporte deux solutions différentes suivant que la consultation a été réclamée par le malade ou par le médecin.

1° Si la consultation est demandée par le malade ou sa famille, le médecin traitant est tenu d'accepter le consultant qu'on lui propose, sauf lorsque celui-ci est entaché d'indignité ou lorsqu'il professe des doctrines médicales que la médecine ordinaire considère comme inacceptables, ou encore lorsque tout rapprochement est impossible entre les deux médecins par suite de dissentiments antérieurs.

2° Si la consultation est réclamée par le médecin traitant, il peut refuser le médecin qui lui est proposé par le malade ou sa famille, lorsque ce dernier ne lui paraît pas présenter toutes les garanties sur lesquelles il compte, dans l'intérêt même du malade. »

On procède au 2e vote sur la 1re question.

Le médecin traitant est tenu d'accepter le consultant sauf le cas d'indignité. Il est décidé que la réponse sera divisée en 2 parties suivant que la consultation est proposée par le médecin ou par le malade.

La première partie de la proposition de M. Delabost est adoptée à une voix de majorité.

La deuxième partie est adoptée à l'unanimité.

La deuxième question est également adoptée en remplaçant le mot en arrière — par en l'absence et est ainsi conçue :

Le médecin refusé en consultation peut se rendre, en l'absence du médecin traitant, auprès du malade, et lui donner son avis comme il aurait le droit de le faire dans son cabinet. Il est tenu seulement d'en informer directement le médecin traitant.

Le Secrétaire,
Dr Debout.

Association syndicale des Médecins de la Loire-Inférieure.

Séance du 2 décembre.

Présidence de M. le docteur Porson.

Sont présents MM. Porson, Destez, Luneau, Patoureau, Crimail, Attimont, Blaizot, Guyon, Pérochaud, L. Joûon, Chachereaux, Polo, Vince, Ménager, Simoneau, Toché.

Deux cas d'exercice illégal de la médecine ont été relevés à la charge de Mme Maillard-Sérot. Le parquet en a été informé et va excercer des poursuites à la requête du Syndicat des médecins et de celui des pharmaciens. Notre Syndicat décide de se porter partie civile et par suite de réclamer à la délinquante des dommages et intérêts. Il pourrait se faire que le Tribunal nous les accordât, reconnaissant ainsi notre existence légale, et revenant sur la décision de la Cour de cassation. Au moment où fut rendu l'arrêt de cette Cour, les conditions n'étaient pas les mêmes, le courant d'opinion n'était pas favorable aux syndicats médicaux ; mais depuis, les idées se sont modifiées, et même dans le projet de loi du gouvernement sur l'exercice de la médecine, les syndicats médicaux sont autorisés à se porter partie civile. Dernièrement le ministre, en nous consultant sur la revision du tarif des honoraires médico-légaux, constatait par cela même l'importance et l'autorité des syndicats. Nous pouvons donc espérer voir la réalisation de ce que nous demandons depuis si longtemps.

Le parquet poursuit également le nommé Meignen, de Doulon, qui exerce sans titre la médecine et qui se livre sur ses clients et sur ses clientes à des passes magnétiques variées.

Notre président a assisté, le 9 novembre dernier, à la réunion générale de l'*Union des Syndicats*. Il a pris la parole pour faire adopter les conclusions suivantes, au sujet des certificats pour les Compagnies d'assurances.

« L'*Union des Syndicats* est d'avis d'établir
» nettement, à l'endroit des Compagnies d'assu-
» rances contre les accidents, les conditions sui-
» vantes relatives au concours des médecins :
» 1°. — Les certificats constatant l'accident ou
» la guérison seront rémunérés en dehors des
» soins nécessités par l'accident.
» 2°. — Les honoraires relatifs à ces soins se-
» ront établis d'après le tarif adopté pour la der-
» nière catégorie de malades, que ces soins soient
» à la charge des Compagnies, des patrons ou des
» ouvriers.
» 3°. — Ces conditions ne sont pas applicables
» aux patrons, et aux contremaîtres assurés.
» 4°. — Elles seront spécifiés d'une *manière très ostensible* et en *gros caractères* sur les polices des Compagnies d'assurances. »

Ces conclusions ont été adoptées à l'unanimité.

M. le Dr Cézilly, à propos de l'indemnité aux médecins en cas de maladie, communique les projets présentés. Avant de traiter à fond la question, il faut attendre que l'Association générale s'en soit occupée.

M. le Dr Mignen, de Montaigu, fondateur du premier syndicat médical, est nommé président de l'*Union des Syndicats*. Le Syndicat de Nantes lui enverra ses félicitations et l'invitera à assister à sa séance générale de janvier 1891.

M. le Dr de la Tour (de Guérande) est admis, à l'unanimité, membre du Syndicat.

M. Porson communique deux lettres adressées à M. Crimail par une Compagnie d'assurances, lettres qui couvrent la responsabité des médecins, au sujet des certificats non timbrés destinés à cette Compagnie.

A l'unanimité moins une voix, le Syndicat demande que l'on rétablisse le prix de 10 fr. pour les visites du service médical de nuit.

La séance, commencée à 8 h. 1/4, est levée à 9 h. 1/2.

Le Secrétaire des séances,
Dr Toché.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous adressons nos félicitations à M. le Dr Le *Sourd*, notre collègue, directeur de la *Gazette des hôpitaux*, nommé *chevalier de la Légion d'honneur* pour ses trente-cinq années de services *civils, militaires et scientifiques.*

— Par arrêté ministériel, en date du 9 janvier 1891, sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bouteillier (de la Ferté-Fresnel), Battandier (d'Alger), Carassus (de Milly), Costa, Coutagne (de Lyon), Despaux (de Crouy), Doué (de Cherbourg), Demons (de Lille), Herrgott (de Nancy), Lefeuvre (de Rennes), Malécot (de Paris), Moussous (de Bordeaux), Ch. Richet, Signez, Thomas, Aug. Verneuil (de Paris), Weber, médecin inspecteur, directeur du Val-de-Grâce.

MM. les pharmaciens Capdeville (d'Aix), Guinard (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Ajello (d'Alger), Apiau (de Paris), Alibert (de Montauban), Benesch, médecin-major, Blache (de Paris), Blanchot (de Granvelle), Blé (de la Roche-sur-Yon), Brou de Laurière (de Périgueux), Barette (de Caen), Baudry (de Lille), Baumel de Montpellier), Bax (d'Amiens), Bordas, Bourgeois (de Paris), Canu (d'Ardres), Charvot (de Paris), Chassang (de Cerest), Cherbuliez (de Paris), Catois (de Caen), Crouzat (de Paris), Daffas (de Salviac), Dard (de Custines), Desanty (de Moutiers-Sainte-Marie), Dulac (de Montbrison), Delattre, Douliot, Demeny (de Paris), Fauré (de Loubens), Fichot (de Nevers), Francos (d'Annecy), Geoffroy (de Mouant-Fartoux), Geschwind, médecin-major, Gorry (de Saint-Laurent-du-Médoc), Guiraud (de Lavaur), de Girard (de Montpellier), Gley (de Paris), Grandin (de Tours), Guillemet (de Nantes), Héron (de Tours), Hivert (de Lyon), Jagot (d'Angers), Labatut (de Grenoble), Lagrange (de Bordeaux), Larché (d'Avignon), Laugier (de Paris), Ledieu (de Guer), Lejars (de Paris), Lestage (des Landes), Lesueur (de Vilmoetiers), Marc-Lafont, Maréchal (de Paris), Mesnard (de Saint-Gervais-les-Trois-Clochers), Meunier (de Paris), Moret (de Reims), Nicolas (de Nancy), Paganel (de Sylvestre), Pujade (d'Amélie-les-Bains), Petel (de Rouen), Pignot (de Paris), Poulet (de Lyon), Ranbue, Rondeau (de Paris), Roux (de Marseille), Bouland (de Niort), Simon (de Nancy), Toussaint (d'Argenteuil), Vialaneix (d'Egleton), Yardin (de Laignes.

— *La consanguinité ; la fin d'une erreur* (?). — Serons-nous délivrés cette fois de l'erreur, si répandue encore, qui considère les mariages entre consanguins comme produisant les effets les plus désastreux, notamment la surdité-mutité ? Ce n'est pas bien sûr, tant les erreurs sont difficiles à déraciner. Nous ne croyons pas inutile de publier les résultats d'une enquête faite par Georges Darwin, en Angleterre, de laquelle résulte la confirmation de recherches faites antérieurement par un autre médecin anglais, recherches qui avaient déjà établi que la consanguinité ne produit, sur la progéniture des conjoints consanguins, aucun effet, ni en bien ni en mal. Voici les résultats de l'enquête de Georges Darwin :

Cette enquête porte sur 4,822 aliénés et 300 sourds-muets, que Darwin a trouvés dans ses asiles en Angleterre.

Or, sur les 4.823 aliénés, 170 seulement étaient issus de consanguins ; tandis que sur les 366 sourds-muets, il n'y en a que 8 !

Il ressort des statistiques qui précèdent que la proportion de sourds-muets et d'aliénés, issue d'unions consanguines, est de 3 % environ.

Or, les statistiques relevées par Darwin accusent que la proportion entre les mariages ordinaires est également de 3 % environ. Ces chiffres sont donc normaux.

(Méd. Cont.)

FORMULAIRE DU CONCOURS MÉDICAL

Pilules toni-balsamiques.

Extrait de quinquina } āā 8 grammes.
Baume de tolu...... }
Acide benzoïque...... 4 —

M. f. s. a. 100 pilules.

6 par jour dans le catarrhe chronique des bronches chez les vieillards.

P. L. G.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE LE « CONCOURS MÉDICAL »

MM. les Drs Therre, à Vichy (Allier), présenté par M. le Dr Berthonner, de Cusset ;

Dr Pasquier, à Mauves (Loire-Inférieure), présenté par le Dr Porson, de Nantes ;

Dr Matton, à Esnes (Meuse).

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'Ecole de Médecine

4, rue Antoine-Dubois, 4

Des différents types de diabète sucé, par le Dr E. Boutard, ancien interne des hôpitaux. Bel in-8° elzévirien, prix fort 4 fr. ; net : 3 fr. 20 franco pour MM. les membres du Concours médical. L'auteur, dans un travail très sérieux reposant sur plusieurs années de recherche arrive aux conclusions suivantes : « On distingue trois espèces ou types principaux : Le diabète gras ou constitutionnel ; le diabète maigre ou pancréatique ; le diabète nerveux. »

II. — Avis. — La « *Théorie et applications pratiques de l'hypnotisme et suggestion* » avec 12 figures dans le texte du Dr Edgar Berillon, prix fr. 25, ayant été tirée à mille exemplaires *seulement*, est presque épuisée ; prière de nous adresser les demandes d'urgence. (Théorie de l'hypnotisme ; pratique de l'hypnotisme ; procédés d'hypnotisation ; indications thérapeutiques de la suggestion hypnotique.)

III. — *Manuel d'Hygiène scolaire*, deuxième édition, par le Dr E. Barthès, inspecteur du service des enfants assistés. Prix : 2 fr. 50 net 2 francs, *contre mandat* franco.

IV. — *Rabelais Médecin*, écrivain, curé, philosophe, par Eugène Noël, belle édition elzévirienne ornée d'un portrait inédit gravé à l'eau forte, par A. Esnault. Prix 3 fr. Cette remarquable édition, due à la plume d'un érudit, sera tout à fait à sa place dans la bibliothèque du praticien et du pharmacien.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY,

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE.

La toxine de Koch

M. *Talamon* résume en ces termes fort sages dans la *Médecine moderne* l'état actuel de la question Koch :

« Au début de sa nouvelle communication, Koch constate avec satisfaction que toutes les assertions émises dans son premier travail se trouvent pleinement confirmées, et qu'il n'a rien à changer à ses déclarations antérieures.

Quelles étaient donc les déclarations antérieures de Koch ? Il affirmait :

1° Que le remède avait une action spécifique sur le tissu tuberculeux et qu'il constituait dès lors un moyen précieux de diagnostic dans les cas douteux ;

2° Que, sans détruire les bacilles, il modifiait de telle sorte les tissus envahis que les bacilles devenaient incapables d'y vivre et étaient éliminés ;

3° Que les tuberculoses externes étaient surtout rapidement et heureusement modifiées par la puissante action de la lymphe ;

4° Qu'il était disposé à conclure que la phtisie au premier degré peut être guérie d'une manière certaine au moyen du remède ;

5° Que la phtisie au deuxième degré était améliorée d'une manière remarquable en l'espace de 2 à 6 semaines ;

6° Que les phtisiques atteints de cavernes ne retireraient qu'exceptionnellement un bénéfice durable de la médication.

Voyons maintenant quel est actuellement l'état de la question. Pour démontrer l'action spécifique du remède et sa valeur diagnostique, il fallait que la réaction caractéristique se produisît chez tous les tuberculeux et uniquement chez les tuberculeux. Or, cliniquement, non seulement la réaction est très variable et très capricieuse, se montrant tantôt d'une violence extrême, tantôt à peine appréciable chez des sujets atteints de lésions ici très minimes, là très étendues, d'autres fois manquant absolument chez des sujets nettement et manifestement tuberculeux, mais encore on a cité diverses observations de réaction locale très nette se produisant au niveau d'ulcérations syphilitiques ou de tumeurs sarcomateuses. De plus, les autopsies de Virchow prouvent que toutes les lésions tuberculeuses ne sont pas modifiées également par l'action de la lymphe. « Je n'ai pu comprendre, dit Virchow, pourquoi la nécrose ne survient pas partout, pourquoi, par exemple, les tubercules résistent à l'action destructive dans beaucoup d'endroits. Je reconnais que certains tubercules prennent un aspect insolite, opaque et jaunâtre et présentent à l'examen microscopique les signes de la nécrose. Mais, d'autre part, on voit aussi ces modifications manquer, même dans les cas où les injections ont été pratiquées jusqu'à la veille de la mort. »

Il fallait en outre que l'action du remède portât exclusivement sur les tissus tuberculeux et respectât les tissus indemnes de bacilles. Or, les éruptions cutanées généralisées, l'ictère, l'albuminurie, le gonflement du foie et de la rate, signalés par la plupart des observateurs, les lésions cardiaques notées par les médecins de l'hôpital Saint-Louis, démontrent une action générale de la lymphe sur toute l'économie.

Le remède agit donc à la manière d'une substance irritante introduite dans l'organisme, à la manière de la cantharidine, par exemple, injectée aux lapins. Elle porte son action phlogogène sur tous les tissus, déterminant des lésions plus marquées dans les lieux de moindre résistance, dans les régions déjà affaiblies dans leur vitalité par quelque cause antérieure. Cette action phlogogène est prédominante au niveau des tissus tuberculeux, mais elle n'est ni exclusive, ni spécifique. Il y a donc lieu, ce semble, de modifier notablement la première assertion de Koch.

Sur le deuxième point, il n'est pas discutable

que les tissus tuberculeux soient modifiés. La question est de savoir s'ils le sont dans un sens favorable ou défavorable. Or, les autopsies pratiquées en Allemagne montrent que la nécrose des tissus bacillaires s'accompagne d'une congestion et d'une inflammation périphériques intenses, que, dans la majorité des cas, on trouve des lésions récentes très étendues surtout du tissu pulmonaire, infiltrations caséeuses aiguës, catarrhales et gélatineuses des alvéoles, des pleurésies, tantôt simples, tantôt hémorragiques, le plus souvent bilatérales. Il y a donc une inflammation aiguë certaine, plus ou moins diffuse, substituée au processus chronique qui caractérise d'ordinaire l'envahissement progressif bacillaire.

Quant à l'élimination des bacilles vivants chassés des tissus mortifiés, c'est une idée qui m'a toujours paru incompréhensible ; ou les bacilles sont tués sur place, ou il n'y a rien de fait. S'ils restent libres d'agir à leur guise, la seule hypothèse vraisemblable est qu'ils vont envahir les tissus sains environnants ; c'est d'ailleurs ce qu'ils semblent faire avec une activité dont témoigne l'examen des poumons et des organes des sujets qui succombent au cours du traitement. Nous ne savons pas si l'action de la lymphe rend inhabitable aux bacilles les régions qu'ils occupent ; mais ce qui paraît hors de doute, c'est qu'elle facilite singulièrement leur pullulation et leur dissémination dans les régions jusque-là indemnes.

Virchow signale dans la plupart des autopsies des éruptions plus ou moins abondantes, parfois extraordinairement confluentes, des granulations récentes ; il les a vues en grand nombre autour d'ulcérations anciennes de l'intestin, sur la muqueuse laryngée, sur les diverses séreuses, plèvre, péricarde, péritoine. On doit supposer de même que les infiltrations catarrhales caséeuses et gélatineuses constatées dans les poumons ne sont que le résultat d'une prolifération diffuse des bacilles n'ayant pas encore eu le temps d'aboutir à la formation de granulations visibles à l'œil nu.

Ces faits suffisent pour montrer que Koch s'est bien avancé en affirmant qu'il n'avait rien à changer à ses déclarations antérieures. Sans doute, la possibilité de ces complications se trouve indiquée dans son premier mémoire ; mais la fréquence et la gravité des effets nuisibles du remède dépassent évidemment tout ce qu'il avait prévu.

Que dirons-nous des autres affirmations ? Les tuberculoses externes sont-elles plus heureusement modifiées que les tuberculoses internes ? Les effets irritatifs de la toxine y sont plus facilement appréciables ; mais aucun fait ne prouve que la réaction locale aboutisse à la guérison. Pour les phtisies au premier degré, Koch cite deux cas : les deux jeunes filles traitées dans le service de Guttmann, où la guérison paraît se maintenir depuis trois mois. En admettant cette guérison assurée, deux cas, c'est bien peu en présence de tant de morts rapides et d'aggravations avérées.

Dans la phtisie au deuxième degré, les médecins allemands rapportent un certain nombre d'observations attestant une amélioration notable dans l'état général et local des malades. Mais l'aggravation est certaine dans bon nombre d'autres cas. D'autre part, Cornil conclut de ses expériences que, dans les phtisies limitées, apyrétiques, les injections sont dangereuses parce qu'elles peuvent réveiller une lésion presque éteinte et provoquer une poussée nouvelle. D'ailleurs, les traitements les plus anodins fournissent des améliorations semblables et avec bien moins de risques que la toxine de Koch. Ce n'est vraiment pas la peine d'exposer un tuberculeux à des hémoptysies, à un œdème de la glotte ou à une perforation intestinale pour voir simplement diminuer ses sueurs nocturnes et son expectoration.

Reste le sixième point, à savoir que les phtisiques atteints de cavernes ne retireront qu'exceptionnellement un bénéfice durable de la médication. Cette assertion, je crois, peut être maintenue sans inconvénients ; il serait peut-être plus exact toutefois de supprimer « exceptionnellement » et de remplacer « durable » par « aucun ». Dans ces termes j'estime que cette sixième proposition peut être tenue pour l'expression de la vérité.

Tel est brièvement le bilan actuel de la question. On peut le résumer en quelques mots :

Koch a réussi à extraire des cultures tuberculeuses une substance qui a une action puissante et indiscutable sur les lésions tuberculeuses.

Il n'est nullement démontré que cette action soit utile ; mais il est dès à présent certain qu'elle peut être très nuisible.

Il est indiscutable, en tout cas, que les effets nuisibles l'emportent sur l'effet utile.

Il serait très regrettable qu'on ne trouvât pas le moyen d'utiliser thérapeutiquement un moyen d'action aussi puissant. Nous sommes convaincu, pour notre part, qu'on y arrivera. Mais la méthode actuellement mise en œuvre n'a fourni, jusqu'à ce jour, aucun résultat satisfaisant ; elle est, de plus, souverainement dangereuse.

La conclusion qui s'impose est la suivante : ou bien il faut modifier le mode d'emploi de la toxine de Koch, ou bien il faut y renoncer comme agent thérapeutique.»

Tuberculose pleuro-pulmonaire apyrétique ; injection de un milligramme de lymphe de Koch, marche rapide, fièvre, hémoptisies, mort.

On lit dans la *Semaine Médicale* une observation publiée par MM. *Boinet* et *Jeannel* sous ce titre. Le malade était dans le service du professeur Grasset à Montpellier. Les conclusions sont qu'à la suite de l'injection de cette dose si minime du dangereux médicament une tuberculose limitée et apyrétique est devenue fébrile, a pris les allures d'une phtisie galopante et s'est terminée par des hémoptysies foudroyantes.

Les lésions pulmonaires antérieures à l'injection se sont aggravées et les cavernules du sommet droit se sont rapidement fusionnées pour constituer en dix jours une caverne de grande dimension.

Les altérations pulmonaires que l'autopsie a montrées et qui paraissaient postérieures à l'injection étaient encore plus importantes que les précédentes, car elles semblent avoir été le point de départ des ulcérations vasculaires et des hémoptysies mortelles.

Ces nouveaux foyers morbides analogues à la broncho-pneumonie gangreneuse paraissent tenir à l'action des produits de mortification qui n'ont pu être éliminés par l'expectoration (pneumonie caséeuse par aspiration de Virchow).

Il est possible enfin que les tubercules submiliaires qui existaient à la base du poumon droit et dans toute l'étendue du poumon gauche soient attribuables à des bacilles « mobilisés » par l'action de la lymphe de Koch.

La vaccination obligatoire devant l'Académie de médecine.

Dans la séance du 13 janvier, M. *Hervieux* a conclu de la lecture des nombreux mémoires qui ont été publiés sur la variole dans les colonies qu'elle est, dans la plupart d'entre elles, à l'état endémique. Les indigènes opposent la plus grande résistance à la vaccine et aux mesures d'hygiène, une fois la maladie déclarée. Aussi les médecins de l'armée et de la marine réclament-ils la vaccine obligatoire qui, seule, pourra délivrer nos colonies de la variole.

En France, où les populations résistent beaucoup moins à la vaccine, les conseils d'hygiène des départements réclament à peu près tous une loi rendant les vaccinations et revaccinations obligatoires.

M. Hervieux pense donc que l'on devrait faire une loi rendant la vaccine obligatoire.

Par contre, M. *Le Fort* veut combattre les conclusions de M. Brouardel, qui tendent à obtenir le vote d'une loi rendant la vaccine obligatoire, mais il est partisan de l'isolement et de la désinfection obligatoires.

« Les épidémies de variole, scarlatine, rougeole, diphthérie, n'existant que par la multiplicité des contagions, il est à désirer que l'isolement effectif des individus atteints, dans leur domicile comme dans les hôpitaux, et la désinfection de tout ce qui peut transmettre la maladie, soient imposés par la loi.

« En ce qui concerne la variole, les individus de tout âge pouvant être rendus réfractaires à la contagion par la vaccine, il est à désirer que le service vaccinal soit sévèrement organisé en France, que le vaccin animal soit seul employé, et qu'il soit mis facilement et gratuitement à la disposition des médecins, de manière à obtenir que tous les enfants soient vaccinés et tous les adultes revaccinés. »

Pour entraîner les convictions, on a fait le roman de la vaccination obligatoire en Prusse et en Angleterre ; il est temps d'en faire l'histoire.

La vaccination obligatoire est une grave atteinte à la liberté individuelle. Pour imposer une telle loi, il faut d'abord prouver que la mortalité par variole est considérable, qu'on a pris inutilement toutes les mesures pour s'opposer à la contagion (l'isolement surtout), qu'on a un service vaccinal irréprochable, que la vaccination est pour tout le monde gratuite, facile et qu'on n'a plus comme seul obstacle que la négligence des parents à faire vacciner leurs enfants.

Or, on ne connaît à peu près le nombre des décès varioliques que depuis 1886, et seulement pour 8 millions 573,574 habitants de 195 grandes villes ; la moyenne des décès parmi ces habitants est de 2,929 par an, moins que n'en causent la rougeole et la diphthérie. Nous ignorons absolument la mortalité du reste de la population. Or, ce « reste » représente 29 millions 645,229 habitants des petites villes et villages.

On peut réduire la mortalité en isolant les varioleux et en vaccinant.

En ce qui concerne l'isolement, sauf à Paris, il n'y a rien ; nulle part, il n'y a d'hôpital spécial pour les varioleux ; partout, le varioleux traité à domicile peut transmettre la maladie à ceux qui l'approchent.

Cependant, la création d'hôpitaux à Paris a eu pour résultat, les décès varioliques étant de 55 p. 100,000 de 1881 à 1888, de faire tomber cette mortalité en 1888 à 11, en 1889 à 5, et pour les neufs premiers mois de 1890 à 3.

On ignore le nombre des enfants non vaccinés et les statistiques à cet égard accusent un nombre de vaccinés supérieur au nombre d'enfants vivants.

Le petit nombre des vaccinés peut tenir à trois causes : la résistance à la vaccination, la négligence des parents ou la difficulté de faire vacciner les enfants. Cette dernière difficulté est presque insurmontable dans les campagnes. M. Le Fort a interrogé 85 médecins de 85 départements ; ils ont répondu que, s'ils ont du vaccin, c'est qu'ils l'achètent. Le service de vaccine de l'Académie ne reçoit pas une dotation suffisante. En Angleterre, le service analogue reçoit 196,000 francs ; en France, on ne donne que 6,000 francs.

En Prusse, la vaccination obligatoire existe depuis 1835, mais est accompagnée d'un grand nombre de mesures toutes dirigées contre la contagion possible. La mortalité était de 54 p. 100,000 habitants en 1834 et de 9 en 1855. Cette mortalité remonta à 46 et 62 en 1864, en 1866, années de guerre où les précautions furent moins bien prises. En 1870, les prisonniers français importèrent la variole en Prusse. La mortalité totale monta de 4,200 en 1870 à 59,000 en 1871 et 77,000 en 1872. En 1874, la vaccine fut rendue obligatoire dans l'empire, mais cela ne suffit pas pour diminuer constamment la mortalité, et ce n'est que depuis que l'on isole toute maison où il y a un varioleux que cette mortalité est tombée au minimum.

En Angleterre, la vaccination obligatoire, qui a rencontré de la résistance de la part des populations, n'a pas empêché le développement d'épidémies, et la mortalité est restée élevée jusqu'en 1885. A partir de ce moment, on isola les varioleux et la mortalité s'abaissa énormément. En 1885, il était mort à Londres 1,419 varioleux ; il n'en est mort qu'*un* en 1889. Cette diminution de la variole à Londres a eu la plus heureuse influence sur le pays tout entier, dans lequel la maladie a beaucoup diminué de fréquence.

M. Le Fort est partisan de la vaccine, c'est dans l'intérêt du vacciné, parce que le vacciné a deux fois plus de chances que le non vacciné d'éviter la variole et qu'il a vingt-six fois plus de chances de ne pas mourir de la variole. Or, on veut la vaccine obligatoire parce qu'on regarde le non vacciné comme destiné à contracter la variole et à devenir un danger public. Donc, dans l'intérêt public on demande une loi qui impose obligatoirement la vaccine à un enfant qui n'a qu'une chance excessivement minime de contracter la variole, et on ne demande pas une loi pour protéger la société contre

un varioleux qui est un danger actuel, certain.

Il y a des personnes qui regardent la vaccine comme un fléau, qui croient qu'elle prédispose à la fièvre typhoïde, au cancer, à la phtisie. Que cette opinion soit ou non discutable, il est certain qu'imposer à ces personnes la vaccination, c'est attenter à la liberté individuelle.

« On n'a pas le droit, dit M. Le Fort, d'imposer à la conscience des doctrines qu'elle repousse, d'inoculer malgré moi, à mon corps ou au corps de mon enfant, un virus quelconque. »

Jamais une loi aussi attentatoire à la première de toutes les libertés ne pourra être votée par une Chambre française. Elle a été repoussée en 1868 par le Sénat impérial. En 1881, le projet de loi Liouville, appuyé par l'Académie, n'a pas été au delà de la première lecture. Si cette loi était votée, elle ne serait pas plus acceptée en France qu'elle ne l'est en Angleterre.

Dans ce pays, les résistances individuelles sont devenues collectives, et une ligue puissante poursuit l'abrogation de la loi sur la vaccine obligatoire. Robert Peel, John Bright, Gladstone se sont opposés à la loi.

Sous la pression de l'opinion publique, le gouvernement anglais a nommé une commission de quatorze membres, qui doit rechercher si la vaccination est utile et si l'on ne peut pas la remplacer par autre chose. La loi rendant la vaccination obligatoire a eu pour effet de compromettre en Angleterre la vaccine elle-même.

« Une loi n'est efficace, dit en terminant M. Le Fort, que si elle est conforme au génie particulier du peuple auquel elle doit s'appliquer. Notre caractère se rapproche-t-il du caporalisme prussien ou du libéralisme anglais ? C'est à vous de répondre. Quant à moi, ma conviction est faite depuis longtemps et je vous dis ceci : la vaccine est entrée dans les mœurs françaises. L'obstacle à la vaccination est dans la difficulté de se faire vacciner. Ne compromettez pas cette situation par des mesures imprudentes ; ne nous forcez pas, nous partisans dévoués de la vaccine *facultative*, à devenir les adversaires implacables de la vaccine *obligatoire*.

« Demandez l'organisation du service vaccinal ; obtenez que chacun puisse facilement, gratuitement, faire vacciner ses enfants ; obtenez contre la propagation du germe-contage variolique de rigoureuses mesures, et, quand cela aura été fait, la variole sera bien près de disparaître. »

Dans la séance du 20 janvier M. *Proust* a répliqué à M. Le Fort. Il est complètement d'accord avec lui relativement à l'isolement et à la désinfection. Nous n'avons que ces moyens pour combattre la diffusion de beaucoup de maladies infectieuses : diphthérie, scarlatine, rougeole, choléra, etc. Mais pour la variole, Jenner nous a enseigné à rendre le terrain réfractaire, et cela vaudra toujours mieux que tous les isolements. On isole les varioleux non seulement à Paris, mais à Marseille, Montpellier, etc. Cependant cet isolement n'empêche pas les épidémies, car on en a observé une à Sheffield en 1887 et pourtant cette ville est pourvue d'un hôpital de varioleux.

Avant 1874, l'obligation de la vaccine n'existait en Allemagne que pour des cas particuliers. Au point de vue de l'action de la vaccination et de la revaccination obligatoires, l'Allemagne peut être prise comme type, car les médecins allemands sont forcés de venir en France pour voir la variole. En Angleterre, où la vaccination seule est obligatoire, la mortalité est bien plus élevée qu'en Allemagne.

M. Proust termine de la manière suivante :

« Ce qui vous effraie, c'est le mot obligatoire ; mais n'avons-nous pas déjà le service obligatoire, l'instruction obligatoire, la vaccination obligatoire pour les soldats et les employés d'un grand nombre d'administrations ?

« La liberté de répandre les maladies est une de celles que l'intérêt commun ordonne le plus de refréner. Comment ! l'Allemagne est arrivée à supprimer à peu près complètement la mortalité par variole, et nous ne pourrions arriver au même résultat ! Mais en agissant ainsi, nous commettrions un acte de lèse-patrie.

« Je propose donc à l'Académie de voter les conclusions suivantes que le comité consultatif d'hygiène a adoptées à l'unanimité :

« Considérant que la vaccination et la revaccination sont les seuls moyens d'empêcher le développement de la variole ;

« Que ces opérations ne présentent aucun danger lorsqu'elles sont pratiquées suivant les règles de l'art ;

« Que non seulement elles ne sont pas dangereuses en temps d'épidémie de variole, mais qu'elles sont le seul moyen qui puisse arrêter ces épidémies ;

« Que la variole a presque disparu des pays où la vaccination et la revaccination sont obligatoire et régulièrement pratiquées ;

« Que cette maladie doit disparaître complètement des pays civilisés ;

« Considérant que nous possédons avec le vaccin animal une source pure de vaccin donnant une sécurité absolue et pouvant satisfaire à toutes les éventualités :

« Emet le vœu :

« Q'une loi rende obligatoire en France la vaccination et la revaccination, conclusion approuvée par le Comité consultatif d'hygiène publique de France, dans sa séance du 27 mai 1889. »

M. *Dujardin-Beaumetz* a pris aussi la parole pour combattre l'opinion de M. Le Fort. Celui-ci place en tête des moyens à employer contre la propagation de la variole, l'isolement et la désinfection obligatoires. Cependant, ce sont là des mesures qu'il serait très difficile d'imposer. Il faudrait, en effet, violer le secret médical, interner les malades jusqu'au moment où ils seraient parfaitement guéris, enfin, créer des accumulations de varioleux qui pourraient devenir des foyers de contagion. La désinfection ne peut se faire qu'à l'aide de mesures vexatoires, de visites faites par des médecins délégués. Ni la désinfection, ni l'isolement ne doivent, du reste, être négligés et on pourrait émettre le vœu qu'une loi les rende applicables, mais la vaccination doit rester au premier rang.

M. Dujardin-Beaumetz pose les conclusions suivantes :

« De tous les agents prophylactiques des maladies infectieuses, et en particulier de la variole, la vaccination obligatoire est celle dont l'obligation lèse le moins la liberté individuelle. Cette obligation doit donc être rigoureusement imposée. Des mesures législatives doivent, malgré

les résistances qu'elles pourraient soulever, être édictées par une loi de police sanitaire. L'adoption d'une pareille loi est absolument urgente. »

L'acide camphorique et le tellurate de soude comme agents antisudoraux.

M. le Dr *Combemale* a publié dans le *Bulletin de thérapeutique* une étude clinique qu'il a faite de ces deux agents présentés comme antisudoraux. Ses conclusions sont les suivantes :

A. L'acide camphorique a une action certaine sur les sueurs nocturnes des tuberculeux ; il les tarit très souvent, les diminue fréquemment, est rarement sans effet sur elles ;

Ces effets antisudoraux sont produits à raison de 2 grammes *pro die,* ou mieux *pro dosi* ;

Aucun effet désagréable ou fâcheux n'accompagne l'usage de l'acide camphorique ;

L'acide camphorique agit chez les tuberculeux d'autant plus sûrement que les lésions pulmonaires sont moins purulentes.

B. Le *tellurate de soude* jouit, vis-à-vis des sueurs nocturnes des phtisiques, de propriétés frénatrices puissantes ;

Les doses de 5 centigrammes *pro die* de tellurate de soude produisent avec certitude les effets antisudoraux ; avec 2 ou 3 centigrammes, l'action antihydrotique est moins sûre et moins marquée ;

Le tellurate de soude donne parfois à l'haleine une odeur alliacée ; son ingestion répétée amène quelques troubles secondaires ;

C'est à toutes les phases de la tuberculose pulmonaire que réussit le tellurate de soude ; mais, pour tarir les sécrétions sudorales, la dose de tellurate doit être en rapport direct avec l'intensité des lésions pulmonaires.

C. Le tellurate de soude est jusqu'à maintenant le meilleur des médicaments à opposer aux sueurs profuses des phtisiques.

L'acide camphorique, quoique moins fidèle que le tellurate de soude, doit être aussi préféré à tous les autres agents antisudoraux connus.

D. Le tellurate de soude, de même que l'acide camphorique, n'agissent pas seulement contre les sueurs des tuberculeux. Nombre de sueurs pathologiques (rhumatisme, fièvre typhoïde à forme sudorale, cavernes pulmonaires syphilitiques, dyspepsie) sont taries par ces deux agents.

L'action de ces deux médicaments antisudoraux se ramène, de par la clinique, à une action antiseptique, c'est-à-dire destructrice des produits solubles microbiens.

Traitement de la colite glaireuse par les lavements de chlorate de potasse.

M. *Bouveret* rapporte avoir vainement employé, dans le cas de colite glaireuse, les divers lavements préconisés, tels que lavements de bromures, de térébenthine, de nitrate d'argent. De tous les lavements médicamenteux, celui qui a le mieux réussi est un lavement de 400 à 500 grammes d'eau tiède contenant 4 à 6 grammes de chlorate de potasse. Ce lavement doit être pris, le patient étant au lit, le matin après l'évacuation spontanée ou provoquée des matières accumulées dans le gros intestin ; il est gardé le plus longtemps possible, une demi-heure à une heure au moins. On en répète l'usage par séries de 5 ou 6 jours, particulièrement après les crises, quelquefois fébriles et douloureuses, au milieu desquelles sont éliminées les masses glaireuses. M. Bouveret a vu, dans un cas récent, ce traitement prolongé pendant plusieurs mois amener une guérison à peu près complète. (*Journ. des sc. méd. de Lille,* 12 déc. 1890.)

Traitement de la dysenterie par la poudre d'ipéca privée d'émétine.

Depuis 11 à 12 ans, un médecin anglais, *Harris,* se sert, dans le traitement de la dysenterie aiguë, de hautes doses d'ipécacuanha dont on a retiré l'émétine, son alcaloïde. Non seulement, affirme-t-il, le résultat est satisfaisant, mais les malades sont débarrassés des symptômes incommodes que l'on observe toujours avec l'emploi de l'ipéca à hautes doses et surtout des nausées, des vomissements et de la dépression qui les accompagnent. Tous ces symptômes sont causés par l'émétine. En général, jusqu'à présent, on admettait que l'action favorable de l'ipéca dans la dysenterie était due à l'émétine contenue en quantité plus ou moins grande dans la racine (10 à 16 0/0), mais on ignore encore les propriétés que possèdent les autres éléments de la racine d'ipéca. En tout cas, Harris a trouvé, après de nombreuses observations, que l'extraction de la plus grande partie de l'émétine n'empêche aucunement l'action favorable de la racine dans la dysenterie ; bien plus, les symptômes de cette maladie disparaissent plus rapidement, les tranchées douloureuses sont calmées, les selles deviennent consistantes et colorées et ne renferment bientôt plus ni sang, ni mucosités.

Emploi des pulvérisations dans le traitement des ophthalmies (1).

M. *Bedoin* insiste sur ce fait que beaucoup d'ophtalmies aiguës ou chroniques de causes variées, intéressant soit la conjonctive oculaire ou palpébrale, soit la cornée, sont susceptibles d'être très favorablement traitées par des pulvérisations de solutions médicamenteuses appropriées.

Parmi ces solutions, celles qui semblent les plus efficaces sont les suivantes :

a) pour les conjonctivites aiguës, les solutions d'acide borique à 1/30 ou 1/40, les solutions de sulfate de zinc ou de cuivre (dose de collyres usuels) ;

b) pour certaines conjonctivites chroniques, pour les blépharites ciliaires et pour les kératites avec taies, les solutions iodées à doses croissantes (dose initiale ; teinture d'iode 1, iodure de potassium 4, eau distillée 200).

L'instrument à employer peut être le pulvérisateur modèle Richardson ou un pulvérisateur à vapeur comme celui de Lucas-Championnière.

Certaines pulvérisations agissent par voie substitutive, déterminent des réactions locales passagères assez intenses parfois, qui semblent jouer un rôle dans l'effet thérapeutique attendu, mais qui peuvent être très modérées, surtout au point de vue de la douleur, par des instillations préalables de cocaïne (à 1/20 ou à 1/10).

(1) *Bull. de Thér.*, 1890, n° 15, p. 502.

Dans certaines de ces ophthalmies et principalement dans les kératites avec persistance de symptômes inflammatoires aigus, il semble prudent ou du moins utile d'attendre, pour commencer les pulvérisations, la disparition ou la diminution notable des phénomènes d'acuité. L'emploi des pulvérisations iodées peut, dans certains cas, déterminer accidentellement, par suite de l'action vésicante de l'iode, l'apparition d'une conjonctivite pustuleuse, d'ailleurs bénigne, qui oblige à interrompre le traitement pendant quelque temps.

Asthme essentiel chez les névropathes (1).

M. E. *Brissaud* a eu l'occasion d'observer un certain nombre de faits dans lesquels l'asthme essentiel ne représentait qu'un phénomène épisodique, ou, si l'on veut, une détermination locale et temporaire de la diathèse nerveuse.

S'autorisant de ces observations, et de quelques autres recueillies dans les auteurs, se basant aussi sur la nature franchement spasmodique des crises d'asthme, sur la soudaineté de leur apparition, sur leur origine émotive, il pense que l'hérédité nerveuse joue un rôle pathogène prépondérant dans l'étiologie de l'asthme.

Les faits démontrent de plus, que si l'on doit considérer l'asthme comme une affection purement nerveuse, en d'autres termes comme une névrose vaso-motrice et sécrétoire, un grand nombre d'asthmatiques n'ont jamais eu d'autre manifestation nerveuse que leur asthme.

Il résulterait de cette notion, entres autres conséquences, que les différences à l'aide desquelles on a cru pouvoir distinguer l'asthme essentiel de la dyspnée hystérique « pseudo-asthmatique » n'apparaissent plus que comme des différences en plus ou en moins, tout à fait insuffisantes pour distraire les dyspnées hystériques de l'étude de l'asthme proprement dit.

(1) *Revue de médecine*, 10 déc. 1890.

MÉDECINE PRATIQUE

L'infection pneumococcique.

Pneumonie et pleurésie, — Méningite, otite, péritonite, arthrite à pneumocoques.

I

J'ai déjà plusieurs fois parlé de la pneumonie et de la pleurésie. Je n'ai pas épuisé la matière.

Depuis le commencement de ce rigoureux hiver on a observé ces deux maladies assez souvent et, pour ce qui est des pneumonies, beaucoup étaient mauvaises. D'ailleurs, d'une manière générale on peut dire que le pronostic de cette affection a bien changé depuis vingt-cinq ans. Vers le milieu du siècle la pneumonie était réputée une maladie bénigne, si bénigne que, lorsque le médecin se trouvait en présence d'un malade en proie à une fièvre intense, avec du délire, paraissant commencer une maladie inquiétante, s'il découvrait en auscultant soigneusement au sommet de l'aisselle un souffle lointain ou quelques bouffées de râles crépitants, il se sentait rassuré aussitôt, sachant que, malgré le cortège bruyant des symptômes d'invasion, la défervescence se ferait au jour critique.

Les choses ont bien changé, et la pneumonie la plus franche a pris depuis quelques années un mauvais renom. Autrefois on pensait que, sauf les vieillards, les alcooliques et les surmenés, les pneumoniques guérissaient presque toujours. Aujourd'hui nous voyons la pneumonie enlever dans la force de l'âge des individus sans tare antérieure bien manifeste.

Faut-il admettre avec M. Netter, dont les belles études sur le pneumocoque, agent pathogène de la plupart des pneumonies, nous ont appris tant de particularités instructives relativement à l'étiologie, à la pathogénie et aux complications des pneumonies, que le pneumocoque a une virulence très variable suivant les semaines et les mois, (mars, avril, mai) ? ou avec Banti, qu'il y a des années où le pneumocoque est plus virulent ? Ou bien devons-nous penser que le terrain humain, la substance vivante s'est modifiée avec le temps, de façon à présenter une réceptivité plus grande au pneumocoque, avec une tendance plus marquée à se laisser infecter en entier par lui au lieu de le détruire sur place ? Les deux suppositions sont acceptables et ne s'excluent pas.

En tout cas, nous tenons de par la microbie l'explication de la plupart des particularités que la tradition et l'observation clinique nous avaient léguées (1). Nous savons que les traits les plus caractéristiques de la pneumonie franche, fibrineuse, lobaire, *sa durée limitée, sa terminaison brusque, critique*, qui survient du septième au onzième jour, sont liés aux propriétés biologiques du microbe qu'a découvert Talamon et dont Fraenkel a démontré la valeur pathogène : le *pneumocoque lancéolé encapsulé*. Il est fibrinogène dans les alvéoles pulmonaires ; nous verrons plus loin qu'il peut devenir pyogène dans les séreuses. Sa virulence est courte dans les cultures solides ; au bout de sept jours, son inoculation ne détermine plus d'accidents ; si on le retransplante, il ne se développe pas. La salive du pneumonique est virulente pour les animaux tant que dure la pneumonie. Le jour où la crise est terminée, la salive est inactive. Cette mort du pneumocoque peut être expliquée, soit par l'épuisement du milieu des cultures en matériaux nutritifs pour lui, soit par les ptomaïnes qu'il sécrète (Roger et Gaume ont trouvé ces poisons dans les urines de pneumoniques), poisons qui entraveraient sa propre vitalité, soit enfin parce qu'une température supérieure à 40° le paralyse et le tue. « L'observation a montré qu'immédiatement avant la crise il y a généralement une élévation plus marquée de la température (perturbation précritique). On est tenté de voir là, avec les anciens, un effort suprême de l'organisme dans cette hyperthermie qui vient à bout des derniers pneumocoques. »

Quand la pneumonie se complique de manifestations sur d'autres organes, plèvre, péricarde, méninges, etc., c'est par suite de la *généralisation des pneumocoques* ; nous reviendrons sur ce point. Ils peuvent aller coloniser ; mais ils ne font pas de septicémie primitive à la manière d'autres microbes qui peuvent être les agents d'autres inflammations pulmonaires, broncho-pneumonies à

(1) Netter. Le pneumocoque. Histoire et critique. *Archives de médecine expérimentale*, 1890, nos 5 et 6.

allures pseudo-lobaires, pseudo-pneumonies ; ces pneumopathies-là peuvent être causées par le streptocoque pyogène, les staphylocoques, les bacilles encapsulés (pneumo-bacilles) que Friedlaender a décrits et qui ont été quelque temps une source de confusion avec le pneumocoque de Talamon et Fraenkel.

On a de tout temps été frappé de la *brièveté de l'incubation* de la pneumonie. Un refroidissement, un traumatisme peuvent être suivis quelques heures après, du frisson d'invasion et des signes de l'engouement pulmonaire. Cette singularité est expliquée par ce fait que chez la plupart des gens qui prennent une pneumonie le pneumocoque était déjà présent dans la bouche. On le trouve une fois sur cinq à l'état normal dans la salive de sujets sains. Comment est-il arrivé dans la cavité buccale ? Il a été sans doute fourni par le voisinage de gens ayant eu une pneumonie ; la proportion de sujets dont la salive et le mucus nasal renferment indéfiniment des pneumocoques après une première pneumonie est de quatre sur cinq. Aussi nul n'est exposé autant à une pneumonie qu'un sujet ayant déjà été touché par une pneumonie. Les *récidives* pneumoniques sont de l'observation la plus ancienne.

Si l'on tient compte encore de la résistance du pneumocoque à la dessiccation dans les crachats, de quarante-cinq jours (Foa et Uffreduzzi) à quatre mois (Guarneri), on possède tous les éléments nécessaires pour expliquer la production fréquente de la pneumonie dans les *agglomérations humaines* où il est presque inévitable de compter des pneumoniques guéris (hôpitaux, casernes). On peut également expliquer le *caractère familial* et l'*hérédité* de la pneumonie (Riesell, Alison). Tout cela est *affaire de contagion* directe par le voisinage de pneumoniques, ou par l'intermédiaire d'objets inertes, ou de sujets demeurant sains eux-mêmes.

Parmi les altérations d'autres organes qu'on peut rencontrer chez les pneumoniques, toutes ne sont pas imputables au pneumocoque. Il est établi que dans le poumon enflammé par le pneumocoque peuvent se fixer d'autres agents parasitaires, bacilles de Koch, organismes saprogènes produisant la gangrène pulmonaire, plus souvent encore streptocoques ou staphylocoques pyogènes amenant des abcès du poumon ou des suppurations éloignées (endocardite ulcéreuse, arthrites suppurées multiples, abcès sous-cutanés, myocardite suppurée, voire même méningite). Ce sont là des *infections secondaires* par *associations microbiennes*. Mais les véritables *complications* de la pneumonie lobaire, ce sont les inflammations qui sont imputables à l'action du pneumocoque s'exerçant directement au niveau d'organes autres que le poumon. Ces complications dues aux *migrations du pneumocoque*, on les a rencontrées dans toutes les séreuses, plèvre, péricarde, péritoine, dans les synoviales articulaires, dans les méninges cérébro-spinales, l'endocarde, le tissu conjonctif. On les a signalées dans les tissus osseux et musculaire, le foie, la rate et les reins, le tube intestinal, les cavités nasales et auditives, l'œil, les organes génitaux, les amygdales et les glandes salivaires.

Le mécanisme par lequel la pneumonie détermine ces diverses complications peut être tantôt l'*infection directe par la voie lymphatique*, du poumon à la plèvre, de celle-ci au péricarde et au tissu cellulaire du médiastin ou au péritoine, ou du pharynx et des fosses nasales à l'oreille moyenne, aux sinus aériens, aux méninges ; tantôt le transport *à distance par le sang*, ou infection *métastatique* ; car c'est l'explication la plus satisfaisante de la métastase des anciens.

C'est par l'infection métastatique que peuvent seulement être comprises l'endocardite ulcéreuse, la néphrite et l'ostéomyélite à pneumocoques, la *transmission d'une pneumonie de la mère au fœtus*.

II

Parmi les complications de la pneumonie, une des plus importantes à envisager est la *pleurésie*. Nous trouvons dans les deux remarquables volumes de clinique médicale que vient de publier M. le Dr H. Rendu d'intéressantes considérations à ce sujet.

La pleurésie, dit l'éminent médecin de l'hôpital Necker, doit constamment entrer en ligne de compte dans nos préoccupations quand nous venons de soigner une pneumonie, car il n'est pas un seul cas d'hépatisation pulmonaire qui ne retentisse plus ou moins sur la plèvre. Ces pleurésies secondaires n'affectent pas toujours les mêmes allures cliniques. Souvent elles sont très aisées à reconnaître et se traduisent par un ensemble de symptômes caractéristiques. Au déclin de la pneumonie, le plus ordinairement après la défervescence, on voit le point de côté reparaître et la douleur s'accentuer sans cause provocatrice préalable. L'auscultation révèle alors presque toujours des frottements pleuraux et, si on laisse l'affection à elle-même, il n'est pas rare de voir se développer un peu de liquide, caractérisé par l'extension de la matité, l'assourdissement du bruit vésiculaire et l'altération égophonique de la voix. Ces signes persistent quelques jours, puis disparaissent spontanément en même temps que le poumon redevient perméable. Telle est la pleurésie séreuse qui accompagne habituellement la pneumonie franche ; elle est presque toujours bénigne et ne donne lieu à aucune méprise.

Les épanchements pleuraux post-pneumoniques ou, comme on dit encore, métapneumonique, sont loin d'être toujours aussi nets comme symptômes. Le point de côté manque souvent, l'égophonie est nulle, le seul signe stéthoscopique est alors l'absence de vibrations et de murmure vésiculaire.

Un point à noter, c'est que les pleurésies post-pneumoniques peuvent être purulentes d'emblée sans présenter les symptômes qu'on est accoutumé à considérer comme révélateurs : voussure très accentuée, douleur et œdème de la paroi thoracique, fluctuation des espaces intercostaux et surtout fièvre élevée, rémittente ou intermittente à maxima vespéraux. « Il faut abandonner l'idée que tout épanchement purulent est phlogogène et doit amener l'hyperthermie, comme on l'enseigne encore dans les ouvrages classiques. Les suppurations viscérales ne s'accompagnent pas nécessairement de fièvre hectique ; celles de la plèvre, notamment, sont compatibles avec une température physiologique. »

L'évolution de ces pleurésies purulentes post-pneumoniques est variable. Tantôt la terminaison se fait par *vomique* ; souvent la collection purulente s'enkyste, se rétracte et se dissimule,

comme dans le cas d'un malade qui, ponctionné pour une pleurésie six semaines auparavant, à Cochin, dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, entrait à Necker dans le service de M. Rendu sans qu'aucun signe stéthoscopique indiquât la présence de liquide dans sa plèvre, mais ne mangeant pas et se cachectisant, sans tousser, avec de l'œdème malléolaire. Deux ponctions faites au centre de la zone de matité à quelques semaines d'intervalle ramenèrent une fois un peu de sang, l'autre fois quelques gouttes de pus. Sur cette seconde indication, M. Rendu pratique l'empyème ; mais il tombe sur une lame de poumon scléreux qui donne quelques gouttes de sang, et n'ose inciser plus profondément le tissu pulmonaire, après avoir essayé vainement de décoller la plèvre partout adhérente. Le malade ayant succombé peu après aux progrès de la cachexie, l'autopsie révéla un épanchement pleural purulent (pas plus gros qu'une orange, enkystée en arrière près de la gouttière vertébrale, recouvert latéralement par la lame pulmonaire que l'aiguille exploratrice avait franchie une fois, mais qui avait intimidé le bistouri du médecin lors de la tentative d'empyème ; la moralité est peut-être que le médecin doit de nos jours être, comme l'a dit M. Bouchard, doublé d'un chirurgien.

Woillez, qui a le premier en France signalé l'existence de la pleurésie purulente secondaire à la pneumonie, en admettait deux variétés. Il mettait d'un côté la *pleuro-pneumonie*, maladie générale, donnant lieu simultanément à la suppuration de la plèvre et du poumon, tuant les malades en 15 à 20 jours ; de l'autre, les *pneumo-pleurésies*, cas dans lesquels la complication pleurale ne survenait qu'après l'évolution de la pneumonie, marchait lentement, guérissait souvent ou n'amenait la mort qu'après plusieurs semaines ou plusieurs mois.

La pleurésie purulente métapneumonique est un épiphénomène relativement fréquent de la pneumonie ; M. Rendu en observe en moyenne 2 sur 40 cas de pneumonie ; ce sont *les plus communes* à coup sûr *des pleurésies purulentes*. Ries (de Copenhague), Guillon, dans une thèse de 1883, admettent que le quart des empyèmes est d'origine pneumonique, les autres étant fournis par la tuberculose, les altérations osseuses du thorax, les processus septiques généraux et les corps étrangers bronchiques.

Son origine échappe souvent au médecin qui n'a pas eu à soigner la pneumonie originelle, d'abord parce qu'un temps assez long peut s'écouler entre la pneumonie et la réalisation de l'épanchement purulent pleural, ensuite, parce que le diagnostic est souvent très malaisé.

On ne saurait trop le répéter, la pleurésie purulente métapneumonique, dit encore Rendu, n'a aucun symptôme pathognomonique; c'est par une série de présomptions qu'on arrive à la diagnostiquer : encore n'a-t-on jamais la certitude de la nature de l'épanchement : on la devine soit d'après la gravité de l'état général, soit d'après les conditions organiques des malades, qui les rendent plus ou moins aptes à faire du pus ; encore ne faut-il pas se fier à ces présomptions : souvent des épanchements post-pneumoniques sont reconnus purulents, alors que la santé des malades paraissait bonne et les conditions étiologiques satisfaisantes.

La conclusion pratique est que, *toutes les fois qu'on se trouve en face d'un cas douteux*, il faut, sans plus tarder, *faire une ponction capillaire exploratrice au moyen d'une aiguille de Pravaz* préalablement FLAMBÉE et phéniquée. C'est toujours le meilleur moyen, et souvent le seul, de s'assurer de bonne heure de la nature du liquide pleurétique.

On sait aujourd hui d'une manière certaine que la pleurésie métapneumonique reconnaît pour cause la présence dans la plèvre du pneumocoque, agent pathogène de la pneumonie. C'est ce microbe qui peut, comme l'a si bien montré Netter, aller produire aussi la méningite, l'otite, avec ou sans pneumonie.

Nous ne savons certainement pas tout ce qui concerne le pneumocoque. Comment se fait-il que dans le poumon il ne provoque que l'exsudation fibrineuse (car l'abcès du poumon, quand il s'en produit, reconnait pour agents les microbes pyogènes), tandis que dans les séreuses, notamment dans la plèvre et les méninges, il produit la suppuration ? D'ailleurs, dans la plèvre, il ne produit pas seulement l'empyème, et l'on a trouvé le pneumocoque dans des pleurésies métapneumoniques demeurées séro-fibrineuses. Ces obscurités se dissiperont probablement au fur et à mesure des progrès de la microbie.

Jusqu'à nouvel ordre il sera légitime d'admettre que la question du terrain, c'est-à-dire, de l'état antérieur de l'organisme, n'est pas sans influence sur la réaction de la plèvre vis-à-vis du pneumocoque : des individus affaiblis par des maladies antérieures, surtout des maladies qui prédisposent à la suppuration, comme la rougeole ou la scarlatine, la fièvre puerpérale. Des femmes ayant subi les fatigues de la grossesse, de la lactation, des surmenés, des scrofuleux feront plus facilement une pleurésie suppurée qu'une pleurésie séro-fibrineuse après une pneumonie.

Il ne faut pas oublier non plus que l'on peut avoir d'emblée une pleurésie à pneumocoques sans avoir eu de pneumonie.

Car ce n'est pas un des côtés les moins importants des études microbiologiques contemporaines sur la pathogénie de la pneumonie que d'avoir prouvé l'existence de *manifestations morbides causées par le pneumocoque sur divers organes sans que le poumon ait été atteint lui-même*. M. Netter a fait connaître la pleurésie purulente à pneumocoques non précédée de pneumonie, l'endocardite ulcéreuse à pneumocoques primitive, la méningite cérébro-spinale, l'otite, les inflammations suppurées ou non des fosses nasales et des sinus, la péritonite suppurée, des abcès du foie, du tissu cellulaire, tous ces accidents causés par le pneumocoque chez des individus n'ayant pas et n'ayant pas eu de pneumonie.

D'où la nécessité d'écrire dans l'histoire des infections un chapitre consacré à l'*infection pneumococcique*, dont la pneumonie lobaire n'est qu'une des manifestations, la plus fréquente, il est vrai.

P. LE GENDRE.

RECUEIL DE FAITS

Rétrécissement du bassin; accouchement spontané.

Le 27 novembre 1890, par une coïncidence extraordinaire, j'étais appelé en même temps pour accouchement, dans deux localités très éloignées l'une de l'autre et de ma résidence. Ne pouvant me porter à la fois au secours de mes deux clientes, j'optai pour le cas qui me parut devoir être le plus laborieux. L'une de ces femmes en effet était une multipare que j'avais assistée dans ses premières couches, lesquelles avaient été très heureuses, tandis que l'autre était une primipare, âgée de quarante ans, que je ne connaissais pas, mais que l'on disait être d'une conformation exceptionnelle.

Je me rendis auprès de celle-ci à une heure de l'après-midi.

Je me trouvai en présence d'un véritable avorton, de 1 mètre 15 c. de taille, assez bien proportionné d'ailleurs et sans autre trace de rachitisme qu'une légère courbure du tibia gauche. Dernières règles le 24 janvier 1890 ; les premiers mouvements ont été ressentis au commencement de juin. Grossesse normale, sauf dans sa durée. Mictions fréquentes sur la fin ; le ventre n'est pas tombé dans les derniers jours, ainsi que cela arrive habituellement.

Apparition des premières douleurs le 24 novembre vers 4 heures de l'après-midi, et dès le même soir la malade commence à perdre les eaux par petites quantités, à la suite des tranchées qui se succèdent à des intervalles de cinq à dix minutes.

Au moment de mon arrivée (21 heures environ après le début du travail), je constate une présentation du sommet en position transversale très élevée. Col non effacé, entr'ouvert comme une pièce de vingt centimes, peu extensible. Le bassin, autant qu'on peut en juger au moyen du toucher, me paraît rétréci dans tous les sens, mais surtout dans son diamètre antéro-postérieur qui n'a que neuf centimètres, soit, en tenant compte de l'obliquité du doigt mensurateur, une longueur nette de sept centimètres et demi.

Le lendemain, 28 novembre, à dix heures du matin, la tête est au même point et l'ouverture du col a augmenté d'une manière inappréciable, bien que les contractions se soient maintenues assez régulières. Il est vrai que ce sont toujours les douleurs dilatantes ou agaçantes ; il n'y a pas eu encore de douleurs expulsives, c'est-à-dire accompagnées de poussée et du cri guttural caractéristique. Le fœtus est vivant ; les bruits du cœur un peu affaiblis.

A quoi attribuer cette lenteur insolite de la dilatation, si ce n'est au rétrécissement du détroit supérieur formant obstacle à l'engagement de la tête et l'empêchant de contribuer à la dilatation mécanique du segment inférieur de l'utérus ?

Très perplexe en présence de cette situation, et craignant que la patiente ne finisse par s'épuiser avant d'être délivrée (bien que son état général soit actuellement aussi satisfaisant que possible), je me décide à proposer la crâniotomie dans le but de faciliter la descente de la tête et de pouvoir tenter ensuite une application du forceps.

La parturiente se refuse catégoriquement à laisser sacrifier son enfant qu'elle sent encore remuer dans son sein et déclare qu'elle ne se résoudra à une pareille intervention que lorsqu'elle se sentira à bout de forces ! Ne pouvant prolonger davantage mon séjour auprès d'elle, je me suis retiré (le 28 novembre, à midi) après avoir recommandé que l'on m'envoie quérir aussitôt que les efforts seront survenus.

Le lendemain (30 novembre), ayant été appelé dans la même localité pour une autre malade, je fus grandement surpris en apprenant que ma petite cliente était accouchée depuis la veille. Voici les renseignements qu'elle me donna sur l'issue de l'accouchement : le travail resta stationnaire après mon départ jusqu'au lendemain matin (29 novembre) où les douleurs semblèrent se ralentir ; mais, bientôt après, elles redoublèrent d'intensité et finalement la délivrance eut lieu vers deux heures de l'après-midi, au bout de 70 heures de travail ! Le fœtus — *mort* — était du sexe féminin, de petite dimension ; la tête était complètement déformée, et c'est vraisemblablement grâce à la dépression et au chevauchement des os du crâne, qu'elle a pu passer à travers une filière pelvienne aussi notablement rétrécie. J'ai pu mesurer approximativement le diamètre O. F. auquel j'ai trouvé une longueur de neuf centimètres.

Ainsi, voilà un cas de rétrécissement considérable, dans lequel la crâniotomie et même la céphalotripsie paraissaient inévitables, et où tout s'est terminé heureusement pour la mère, sinon pour l'enfant.

J'ai tenu à faire connaître ce fait comme un exemple des succès de l'expectation, alors même qu'elle n'est pas indiquée, et afin de montrer les ressources infinies de la nature, qui est le meilleur des médecins, puisqu'elle guérit le plus grand nombre de nos malades et ne dit jamais du mal des confrères.

Dr Carrière,
(de Saint-André de Valborgne).

CORRESPONDANCE

Les injections de suc testiculaire dans le traitement de la tuberculose.

Monsieur le Directeur,

La *Revue de thérapeutique medico-chirurgicale* n° 2, ainsi que plusieurs journaux politiques ont mentionné récemment un travail d'un médecin russe, M. le Dr Ouspensky relativement au traitement des phtisiques par le liquide de M. le professeur Brown-Séquard, donnant à entendre que c'est ce médecin étranger qui aurait eu le premier l'idée d'appliquer à la tuberculose la méthode préconisée par notre éminent maître, M. le professeur Brown-Sequard.

Or, dès le mois de septembre 1884, je consignais dans l'*Universel illustré de Paris* ma première expérience dont on trouvera un résumé dans le journal de M. Brown-Sequard « *les Archives de physiologie* » : je signalais l'heureux résultat du traitement sur plusieurs personnes très affaiblies par des causes très diverses et notamment sur une personne atteinte de phtisie au 2e degré qui avait été déclarée incurable par deux de *mes confrères.*

Ce n'est qu'au printemps dernier que notre honorable confrère russe a fait ses premières expériences et ce n'est que *tout récemment* qu'il a

fait connaître le résultat de son étude à la Société pour la protection de la santé publique de Saint-Pétersbourg ; vous voudrez bien m'accorder que je suis arrivé *bon premier* et que j'ai le droit de réclamer la priorité sur la communication de M. le Dr Ouspensky. — Si je me suis empressé de faire valoir ce droit indéniable, ne croyez pas que j'aie la prétention d'en tirer la moindre vanité et surtout que j'aie la pensée de vouloir atténuer en quoi que ce soit la valeur des travaux du médecin russe, travaux qui viennent du reste corroborer les miens et *consacrer une fois de plus la réalité* des effets annoncés par M. le professeur Brown-Séquard, tant raillé, tant malmené au début, et dont la méthode est encore tenue en suspicion par quelques rares détracteurs qui parlent en aveugles, mais dont le scepticisme tombera devant les faits expérimentalement *prouvés*. Relativement au mode d'action du suc testiculaire sur l'organisme, l'interprétation du Dr Ouspensky diffère un peu de celle que j'ai formulée. Cela n'a pas une importance capitale, en ce sens que tous les deux nous concluons que le liquide en question est un *tonique puissant*, un dynamogène de premier ordre, comme le dit M. Brown-Séquard.

Dr Mora.

Les poêles à combustion lente.

Je lis dans un journal de médecine les conclusions formulées par le docteur Chantemesse, chef du laboratoire de bactériologie à la Faculté de médecine, au sujet des poêles mobiles, conclusions adoptées à l'unanimité par le Comité consultatif d'hygiène.

Je ne sais si ces conclusions sont réellement pratiques. Ce ne serait pas une sinécure pour les architectes de vérifier les appartements et les cheminées avant de laisser installer un poêle mobile. Je crains bien que propriétaires et locataires ne s'astreignent pas à cette servitude et nous pourrons continuer à voir s'augmenter chaque jour la liste des victimes de cet épouvantable engin.

Qu'il me soit permis de citer un fait qui s'est produit à Paris chez un de mes amis.

Depuis quelque temps, Monsieur B... s'apercevait qu'une fumée assez épaisse pénétrait chaque jour dans une chambre contiguë à la sienne, chambre qui n'était pas occupée. Après des recherches on a découvert que cette fumée provenait de la cheminée placée directement au-dessus de la chambre, cheminée alimentée par un foyer ordinaire. Si la chambre supérieure eût été chauffée par un poêle mobile, la fumée n'eût point donné l'éveil et l'on voit d'ici le sort qui était réservé aux personnes habitant la pièce inférieure.

J'en reviens donc à ce que je demandais l'année dernière dans une note que je vous avais adressée, c'est que, si l'Académie ne prend point de mesures assez énergiques pour nous sauvegarder, la Préfecture de police nous donne au moins le moyen de nous défendre contre nos voisins qui peuvent nous occasionner de tels accidents.

Que mon voisin s'empoisonne si tel est son bon vouloir, mais qu'on le mette dans l'impossibilité de me nuire.

Agréez, Dr H. Taillefer.

Châteauneuf, le 18 janvier 1891.

BULLETIN DES SYNDICATS

Il faut organiser de nouveaux syndicats.

La création de syndicats médicaux était depuis longtemps désirée par de nombreux médecins, quand, en 1879, le regretté Dr Margueritte, du Havre, vint, dans le *Concours Médical*, inviter ses confrères à en poursuivre la réalisation.

Exerçant la médecine depuis de longues années, et connaissant bien les ennuis et les déboires de notre profession, M. Margueritte comprit que l'organisation de syndicats médicaux était le moyen puissant de donner au corps médical la force d'union, sans laquelle rien de stable ne peut être établi.

Il existait bien, depuis 1859, une Association de prévoyance et de secours mutuels, œuvre excellente sans doute, à laquelle une trop faible partie des médecins français a donné son adhésion, et qui avait soulevé un grand enthousiasme à son apparition. Mais l'heure des désillusions avait sonné bien vite. L'interprétation trop littérale de ses statuts avait conduit à en faire une caisse de retraite pour les plus déshérités de la profession, et nullement une institution de secours dans les différentes difficultés de la vie.

Loin de nous la pensée de médire de l'association de prévoyance, à laquelle nous sommes heureux d'appartenir. Elle rend de grand services, elle assure le pain à ceux qui sont dans le dénûment, elle est généreuse dans la mesure de ses forces : elle a, par conséquent, droit à toutes nos sympathies.

Mais, à côté d'elle, ne restait-il pas beaucoup à faire ? N'est-il pas nécessaire que nous nous entendions sur le chiffre de nos honoraires ? Or, l'association de prévoyance ne peut s'occuper de cette question vitale pour nous: on le lui a fait savoir. N'avons-nous pas à déterminer les règles à suivre dans nos rapports entre confrères ? N'avons nous pas à nous unir pour ne pas être exploités par les sociétés de secours mutuels, d'assurances, et autres qui existent ou s'élèvent autour de nous ? N'avons-nous pas à nous défendre contre les empiriques, sorciers, etc.,etc., qui pullulent et nous font une guerre acharnée ?

Comment lutter, comment nous défendre si nous ne nous associons pas, si nous ne nous syndiquons pas ? C'est ce que répétait, avec son bon sens persuasif, le Dr Margueritte, et ses appels ont enfin été entendus. Il lui a été donné de voir la bonne semence qu'il avait jetée produire une abondante moisson, et de constater avant de mourir, que plus de cent syndicats médicaux sont organisés en France.

Sans doute, ils n'ont pas encore porté tous leurs fruits ; sans doute, il en est qui restent peu actifs, qui sommeillent. Mais il faut bien convenir aussi qu'ils ont été soumis à une rude épreuve : nous voulons rappeler qu'ils ne sont pas appelés à bénéficier de la loi de 1884 sur les syndicats professionnels, et n'ont pas, par conséquent, la sanction légale qui centuplerait leurs forces.

C'est à cette cause qu'il faut attribuer le peu de vitalité de quelques syndicats médicaux. Mais alors même que nous n'aurions pas à espérer, pour un jour prochain, l'heureux résultat de la campagne entreprise en leur faveur par M. le Dr

Chevandier, député de la Drôme, et ses collègues, nous ne devrions pas nous laisser aller au découragement, mais bien prouver notre réelle existence par tous les moyens en notre pouvoir.

Tous les syndicats médicaux, même les moins actifs, ont eu et ont une importance sur laquelle il nous faut insister. C'est grâce à leur constitution syndicale que les médecins se sont réunis, ont appris à se connaître et à s'estimer, se sont concertés sur leurs besoins et leurs devoirs réciproques. C'est grâce à elle aussi, qu'a pu être établi partout un tarif d'honoraires notablement plus élevé qu'autrefois, et, par suite, plus en rapports avec les exigences croissantes de la vie matérielle. N'est-ce pas le syndicat de Rodez, qui, à propos d'une affaire récente, a amené le gouvernement à reconnaître à la tribune du Sénat, l'impérieuse nécessité de reviser le tarif des expertises médico-légales ?

Pourquoi n'imiterions-nous pas ce qui se fait dans le syndicat médical de Nantes ? Son président, mon excellent ami le Dr Porson, a imprimé au syndicat qu'il dirige avec un dévouement au-dessus de tout éloge, une vitalité que nous voudrions, ce qui est possible, constater partout. Il a su grouper plus de cent médecins autour de lui, et, avec leur concours effectif, prendre hardiment la défense de tous leurs intérêts professionnels. Il a obligé la municipalité de Nantes à organiser sur des bases équitables un service médical de nuit ; il a imposé un tarif d'honoraires aux nombreuses sociétés de secours-mutuels ; il a établi un tarif d'honoraires pour les visites en ville et à la campagne ; il a poursuivi avec acharnement l'exercice illégal de la médecine, et fait condamner à la prison et à des amendes élevées ceux qui s'y livraient, même clandestinement.

Le syndicat médical de Nantes s'occupe avec sollicitude de toutes les questions professionnelles. Ses réunions sont des plus intéressantes, et les lecteurs du *Concours et du Bulletin des Syndicats,* sont assurés de trouver dans ses comptes rendus, régulièrement transmis, une solution à tout ce qui touche aux intérêts de notre profession.

A l'exemple du syndicat de Nantes, nous pourrions joindre celui d'un grand nombre de syndicats, dont les travaux mériteraient d'être signalés, et qui n'ont pas attendu d'être reconnus par la loi pour faire beaucoup de bien. Nous aurons, sans doute, l'occasion de le faire dans le courant de cette année. Mais nous n'avons eu ici qu'un but, celui de rappeler à tous combien l'union permet de faire de grandes et durables choses et de répéter que, pour réussir, nous n'avions qu'à vouloir, mais vouloir fortement.

Montaigu, 22 janvier 1891.

Dr Mignen

Président de l'Union des Syndicats.

Syndicat de Domfront (Orne).

Monsieur et très honoré Confrère,

J'ai l'honneur de vous adresser le compte rendu de la dernière séance du syndicat de l'arrondissement de Domfront (Orne).

La réunion a eu lieu le 18 novembre dernier.

Etaient présents : MM. Lecomte, président ; Legallois, vice-président ; Lange, secrétaire ; Gauquelin, assesseur ; Yves ; Lemonnier ; Pierre ; Lory ; Bidard ; Hamon.

Le nouveau bureau, qui entrera en exercice le 1er janvier, est ainsi composé : Legallois, président ; Lory, vice-président ; Yves, secrétaire ; Bidard, assesseur.

Il est donné au nouveau bureau mandat de poursuivre par tous les moyens possibles l'exercice illégal de la médecine par les pharmaciens.

Le Syndicat demande qu'il ne soit délivré aucun permis d'inhumer sans certificat de décès, et charge de nouveau le bureau de poursuivre cette réforme.

La Préfecture de l'Orne ayant révoqué pour causes purement politiques certains médecins inspecteurs des enfants du premier âge, ou tenté de faire accepter par des confrères syndiqués, à défaut de non syndiqués, les circonscriptions attribuées à des médecins qui n'avaient commis d'autre faute que d'avoir été candidats désagréables au gouvernement, ou d'avoir soutenu ces candidatures, et ce sans même prévenir les médecins intéressés, la motion suivante présentée par le docteur Yves a été votée à l'unanimité :

Aucun médecin faisant partie du Syndicat ne pourra accepter une fonction publique précédemment attribuée à un de ses confrères syndiqués, sans en référer à ce confrère, à moins qu'il ne soit prouvé que ce confrère n'a été révoqué que pour manquement grave au service.

La présente délibération signée par tous les membres présents a été envoyée par le Secrétaire à M. le Préfet de l'Orne.

Nous serions heureux, dans l'intérêt général, de la voir reproduire dans le prochain n° du *Concours Médical.*

Agréez, Monsieur et très honoré confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Le Secrétaire sortant,

Dr Lange.

Société des médecins de Châlon.

Les médecins de Chalon ont constitué un véritable syndicat, sauf le titre. Voici leur règlement en ce qui concerne *les Sociétés de Secours mutuels* et les *médecins de Chalon-sur-Saône.*

Article premier. — Il n'y aura plus de médecin spécial pour les Sociétés de secours mutuels, existantes ou à créer, de la ville et de la campagne. — Toutefois, les médecins qui donnent actuellement des soins par abonnement aux Sociétés pourront continuer leurs fonctions.

Art. 2. — Si une place de médecin devient vacante par suite de la démission volontaire et écrite du titulaire, ou pour toute autre raison, aucun médecin ne sera plus, à l'avenir, spécialement chargé de donner des soins à cette Société : mais tous les médecins soussignés seront appelés, suivant les préférences des membres sociétaires, aux conditions de l'art. 4.

Art. 3. — Les Sociétés qui viendraient à s'adresser à un médecin seront invitées par celui-ci à s'entendre avec le Président de l'Association des médecins, qui leur fournira les explications nécessaires ainsi que la liste de tous les confrères qu'elles pourront faire appeler.

Art. 4. — A partir du 1er janvier 1891, les visi-

tes et consultations seront fixées à deux francs pour toutes les Sociétés de Chalon qui ont et auront le libre choix du médecin. — Le paiement sera effectué par la caisse de la Société.

Art. 5. — Avis des présentes décisions sera immédiatement donné à MM. les présidents des Sociétés intéressées.

Art. 6. — Les conditions énoncées plus haut ne concernent ni les opérations sérieuses, ni les accouchements, lesquels seront librement et consciencieusement appréciés, quant aux honoraires, par le médecin traitant.

Art. 7. — Dans le cas où l'un des médecins soussignés viendrait à violer le présent Règlement, ses confrères s'engagent à lui refuser tout concours dans l'exercice de sa profession.

Art. 8. — Lorsqu'un médecin viendra s'établir à Chalon, la Commission permanente lui donnera, sans délai, communication du règlement, avec prière d'y adhérer. En cas de refus, le médecin tombera sous l'application de l'art. 7.

Art. 9. — En ce qui concerne les Sociétés ayant deux médecins, lorsque l'un d'eux cessera définitivement ses fonctions, il ne pourra être pourvu à son remplacement ; son confrère continuera seul à donner des soins à cette Société.

Art. 10. — L'assemblée décide qu'elle se réunira le premier samedi des mois de janvier, avril, juillet et octobre de chaque année.

Art. 11. — Le présent règlement sera imprimé et distribué à tous les médecins faisant partie de l'association.

Art. 12. — MM. les docteurs Sassier, Lagrange et Trossat sont nommés à l'unanimité membres du Bureau, chargés de veiller aux intérêts de l'association.

Art. 13. — Le tarif spécial d'honoraires pour les Sociétés de secours mutuels et la clientèle privée de la ville et de la campagne sera annexé au présent règlement.

(*France médicale.*)

REPORTAGE MÉDICAL

Mercredi, à la *Société de médecine publique et d'hygiène*, M. *Chauveau*, membre de l'institut, a inauguré sa présidence par un discours très applaudi. M. *Henri Monod* a donné lecture d'un intéressant travail sur la mortalité en Angleterre et ses variations en rapport avec les travaux d'assainissement. Il a été question également de la déclaration des décès et des maladies contagieuses.

Nous avons le plaisir de faire part à nos lecteurs du mariage de mademoiselle Adèle *Chanlaire*, fille de notre conseil financier, avec M. Édouard Deiss, chimiste, fabricant de produits chimiques, dont la famille occupe, dans cette industrie, une situation élevée. Le mariage aura lieu à l'Église *N. D. des Victoires*, le jeudi 5 février. Les nombreux membres du Concours qui sont les obligés de M. Chanlaire joindront leurs vœux à ceux que nous formons pour le bonheur des jeunes époux.

FORMULAIRE DU CONCOURS MÉDICAL

Pilules contre la toux hystérique.

Extrait de valériane.....	10 grammes
Aloès....................	2 —
Extrait de chanvre indien	1 —
Extrait de jusquiame....	1 —

Mêlez f. s. a. 100 pilules.
On en donnera 5 par jour.

P. L. G.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part du décès d'un membre du Concours, M. le Dr *Ancelet* (de Vailly-sur-Aisne), président du Syndicat et auteur de la première mise en application de l'indemnité de maladie à un groupe médical. M. Ancelet sera regretté par tous ceux qui l'ont connu.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE LE « CONCOURS MÉDICAL »

MM. le Dr Lochard, à Villévêque (Maine-et-Loire), présenté par M. le Dr Duhoureau, de Cauterets ;
Dr Félici (N.), à Bastia (Corse), présenté par M. le Dr Filidori, de Bastia ;
Dr Giraud, de Cusset, présenté par M. le Dr Berthonnier, de Cusset ;
Dr Poiteau, à Bienvillers-aux-Bois (Pas-de-Calais), présenté par M. le docteur Dransart, de Somain.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'École de Médecine
4, rue Antoine-Dubois, 4

Des différents types de diabète sucré, par le Dr E. Boutard, ancien interne des hôpitaux. Bel in-8° elzévirien, prix fort 4 fr. ; net : 3 fr. 20 franco pour MM. les membres du Concours médical. L'auteur, dans un travail très sérieux reposant sur plusieurs années de recherche arrive aux conclusions suivantes : « On distingue trois espèces ou types principaux : Le diabète gras ou constitutionnel ; le diabète maigre ou pancréatique ; le diabète nerveux. »

II. — Avis. — La « *Théorie et applications pratiques de l'hypnotisme et suggestion* » avec 12 figures dans le texte du Dr Edgar Berillon, prix fr. 25, ayant été tirée à mille exemplaires *seulement*, est presque épuisée ; prière de nous adresser les demandes d'urgence. (Théorie de l'hypnotisme ; pratique de l'hypnotisme ; procédés d'hypnotisation ; indications thérapeutiques de la suggestion hypnotique.)

III. — *Manuel d'Hygiène scolaire*, deuxième édition, par le Dr E. Barthès, inspecteur du service des enfants assistés. Prix : 2 fr. 50 net 2 francs, *contre mandat* franco.

IV. — *Rabelais Médecin*, écrivain, curé, philosophe, par Eugène Noël, belle édition elzévirienne ornée d'un portrait inédit gravé à l'eau forte, par A. Esnault. Prix 3 fr. Cette remarquable édition, due à la plume d'un érudit, sera tout à fait à sa place dans la bibliothèque du praticien et du pharmacien.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY,

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Treizième année — N° 6 — 7 Février 1891

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Injections de sérum de sang de chien chez des tuberculeux.

M. Ch. *Richet* a communiqué à la Société de Biologie (24 janvier), quatre observations de transfusion de sérum de chien faites à des hommes tuberculeux (1 c. c. à 4 c. c.), tous les trois jours d'abord, puis tous les deux jours, dans le tissu cellulaire de la région interscapulaire. Ces injections ont été faites par ses collaborateurs MM. *Héricourt* et *Langlois*.

Les injections ont été quelquefois douloureuses, provoquant surtout des démangeaisons, mais n'ont pas produit de réaction inflammatoire locale, ni de troubles généraux. Chez quatre malades il s'est produit une amélioration très appréciable ; on peut dire en tout cas que l'innocuité de ce procédé paraît certaine.

Tumeurs adénoïdes du pharynx nasal chez les enfants.

M. *Chaumier* (de Tours), notre aimable et laborieux confrère, avait communiqué à l'Académie sur les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal un travail dont M. Ollivier a été le rapporteur.

Les conclusions principales que M. Chaumier avait dégagées de l'étude de 232 observations personnelles étaient que ces tumeurs sont héréditaires, s'accompagnent souvent d'adénopathie cervicale et d'hypertrophie de la lèvre supérieure, mais que la scrofule n'entre pour rien dans l'étiologie. L'hypertrophie ganglionnaire serait la conséquence des lésions des vaisseaux lymphatiques de la région.

M. Ollivier critique la conclusion de M. Chaumier repoussant l'influence de la scrofule pour expliquer l'adénopathie ; les lésions des lymphatiques sont un argument de plus en faveur de l'existence de la scrofule chez les enfants à tumeurs adénoïdes.

M. Chaumier a montré qu'on observait souvent les tumeurs adénoïdes avant l'âge de 7 ans et qu'elles disparaissent vers 18 ou 20 ans.

Après avoir rappelé les symptômes et conséquences ordinaires de ces tumeurs : lèvres habituellement entr'ouvertes, forme ogivale du palais, pharyngite catarrhale chronique, notre confrère insiste sur la fréquence avec laquelle les sujets qui en sont atteints s'enrhument et sur la dyspnée avec suffocations paroxystiques rappelant l'accès d'asthme qu'on observe souvent chez eux. M. Chaumier ajoute que peut-être il n'y a pas d'asthme essentiel chez les enfants. — Sur ce point nous pensons que M. Chaumier va trop loin. Nous avons observé déjà plusieurs cas d'asthme aussi essentiel qu'on peut le supposer chez de jeunes enfants. Nous en avons publié un chez une petite fille de six mois. (*Revue mensuelle d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance.*) Ces petits asthmatiques issus d'arthritiques et de névropathes.

M. Chaumier déduit encore de l'existence des tumeurs adénoïdes une théorie pathogénique des terreurs nocturnes. Ces tumeurs agiraient sur la circulation cérébrale, en l'entravant au moment où elle est déjà le moins active, pendant le sommeil, transformant la période du repos physiologique en un temps de fatigue, de visions pénibles, dont le réveil ne délivre pas toujours. M. Ollivier estime que les terreurs nocturnes ont des causes multiples, plus complexes, parmi lesquelles l'hystérie.

Il nous semble aussi que M. Chaumier a un peu trop chargé le bilan des végétations adénoïdes ; il l'est déjà beaucoup d'un accord unanime. Les enfants dont le pharynx est encombré dorment mal, ronflent, se réveillent en sursaut assez souvent et ont des cauchemars de temps en temps. Les dyspeptiques aussi. Mais ce n'est pas le vrai tableau des terreurs nocturnes. J'en ai bien suivi plusieurs cas, chez des enfants névropathes, et je les ai bien examinés au point de vue du pharynx et du nez ; j'aurais bien aimé trouver une cause aussi facile à guérir. Mais point : ils dormaient la

bouche fermée, ne ronflaient pas, et leurs voies naso-pharyngiennes étaient libres. Les terreurs nocturnes ont, je crois, des causes diverses ; l'estomac et le nez y sont quelquefois pour quelque chose. Mais le plus souvent c'est le fonctionnement cérébral lui-même qu'il faut incriminer ; c'est une des manifestations de l'hystérie infantile.

Mode de recherche du sucre dans l'urine des individus qui ont pris du salol.

Nous avons insisté plusieurs fois sur les bons effets du salol comme antiseptique des voies digestives, sans compter son utilité dans la blennorrhagie.

Il est bon d'être averti que, chez les individus qui ont pris du salol, l'urine traitée par la liqueur cupro-potassique présente un précipité rouge d'oxyde cuivreux qui pourrait faire croire à la présence du sucre.

Mais, quand on a agité avec de l'éther cette urine légèrement acidulée par l'acide sulfurique, la couche qui surnage l'éther retient tout le salol, et l'on recherche le sucre dans la couche inférieure, formée de l'urine débarrassée du salol.

Paralysies obstétricales des nouveau-nés.

M. *Comby* a présenté à la Société des hôpitaux une étude sur cette question d'après les faits de sa pratique.

Les paralysies de la face et des membres consécutives à des manœuvres obstétricales sont bien connues depuis les travaux de Landouzy (thèse 1839), Dubois, Duchenne, Erb, Nadaud, Roulland.

Ces paralysies peuvent se produire spontanément : leur cause est alors le plus ordinairement une contraction, un spasme du col utérin au moment du passage des parties fœtales, une compression de ces parties fœtales par les parois d'un bassin rétréci ; mais, le plus souvent, elles sont consécutives à des manœuvres obstétricales : forceps, version, dégagement des bras, etc.

La paralysie faciale, la plus fréquente, a été longuement décrite. On l'attribuait autrefois à une compression du cerveau; Landouzy vint établir qu'il s'agissait le plus souvent d'une lésion du nerf facial.

Parrot et Troisier trouvèrent en effet dans quelques cas un véritable écrasement du nerf avec dégénérescence wallérienne du bout périphérique.

La paralysie des membres inférieurs est beaucoup plus rare ; elle dépend assez souvent d'un traumatisme de la colonne vertébrale et de la moelle (fracture, hémorrhagie), quelquefois de tractions violentes.

Quant à la paralysie des membres supérieurs, elle est moins fréquente que celle de la face, plus fréquente au contraire que celle des membres inférieurs. M. Comby vient d'en observer trois cas au dispensaire de la Société philanthropique. Elle est le plus souvent consécutive à une application de forceps ou à d'autres manœuvres, la version, le dégagement des épaules à l'aide d'un doigt ou d'un crochet. Dans quelques cas elle se produit spontanément.

Duchenne avait remarqué que cette paralysie portait presque toujours sur les mêmes muscles, le deltoïde, le sous-épineux, le biceps, le coraco-brachial, le brachial antérieur. Erb démontra qu'il s'agissait d'une paralysie radiculaire et que la compression avait porté sur un point particulier du creux sus-claviculaire (point d'Erb). Ce point correspond aux cinquième et sixième nerfs cervicaux, et siège immédiatement en dehors du bord postérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien, au niveau de l'apophyse transverse de la sixième vertèbre cervicale.

Dans quelques cas la paralysie radiculaire est totale et tous les muscles du membre supérieur sont intéressés.

Dans le premier des faits observés par M. Comby, il s'agit d'une petite fille qui présentait de

FEUILLETON

L'Hôtel-Dieu au XVIe siècle (1).

L'Hôtel-Dieu de Paris était situé dans la partie méridionale de la place ou parvis Notre-Dame, le long de la Seine. On attribue généralement sa fondation à saint Landri, évêque de Paris, qui vivait au VIIe siècle, mais sans preuves à l'appui. Peut-être a-t-il la même origine que celle de beaucoup d'hôpitaux voisins des églises cathédrales. Il existait, en effet, prés de la maison de l'évêque de Paris, comme auprès de tous les évêchés en général, un édifice destiné à loger tous les pauvres inscrits sur la matricule de l'église. On les y nourrissait et on les y soignait quand ils étaient malades. Peu à peu l'hôpital prit de l'importance; une chapelle dédiée à saint Christophe, et qui servait à l'usage des pauvres matriculaires, donna assez longtemps le nom de ce saint à l'hôpital. Bientôt, cet édifice s'enrichit grâce à des personnes pieuses et bienfaisantes.

Il avait le droit de dîme sur les biens de l'Église de Paris, et, d'autre part, le chapitre de Notre-Dame statua, en 1068, que chaque chanoine, en mourant ou en quittant sa prébende, serait tenu de donner un lit à l'Hôtel-Dieu.

Philippe-Auguste, dans ses lettres du mois de mars 1208, faisait donner, à la « Maison-de-Dieu de Paris », toute la paille de son palais toutes les fois qu'il quittait la ville pour aller coucher ailleurs.

Saint Louis exempta l'Hôtel-Dieu de toute contribution, de droit d'entrée et de péage par terre et par eau, et augmenta notablement l'étendue des bâtiments, qu'il prolongea jusqu'au Petit-Pont. A plusieurs reprises enfin, il lui assigna des rentes importantes pour le temps. Charles IV, en 1321, l'exonéra des droits de prise. L'Hôtel-Dieu, dont nous venons de donner ainsi un court historique, était composé, du temps d'Habicot, comme il est noté plus tard, par des bâtiments irréguliers construits à différentes époques. Il n'avait pas encore été augmenté du grand corps de logis le long de la Seine, qu'on bâtit en 1635. Son ensemble ne pouvait avoir aucune prétention au mérite architectural. On y accédait par deux portes ; l'une, la plus grande, appelée le portail, donnait sur le parvis ; elle était desservie par deux por-

(1) Thèse de M. René Vaucaire (*Etude sur Habicot, sur la chirurgie et l'anatomie de son temps.*)

l'œdème des quatre membres et une paralysie du membre supérieur gauche. L'accouchement avait été très laborieux, c'était une présentation de l'épaule; on avait fait la version. Il n'y avait ni fracture, ni luxation. Cette paralysie, traitée presque dès son début par la faradisation, guérit complètement en 15 jours.

Le second cas de M. Comby est fort analogue au premier: présentation de l'épaule, version, paralysie du membre supérieur gauche ; de plus, l'accouchement avait été fait par la sage-femme. Mais ici le traitement ne fut commencé que six semaines après la naissance et ne donna pas de résultats immédiats.

Dans la troisième observation il s'agit d'une paralysie complète des deux membres supérieurs. La mère était rachitique; elle avait déjà eu cinq grossesses, toutes terminées de la même façon : présentation du siège, asphyxie de l'enfant. Le sixième enfant, qui fait le sujet de cette observation, ne conserva la vie que grâce à des soins énergiques ; mais on remarqua bientôt que ses membres supérieurs étaient paralysés : les bras étaient rapprochés du tronc et en légère rotation en dedans, les doigts étaient fléchis. L'enfant avait six mois lorsque M. Comby l'examina.

La paralysie était complète, la sensibilité avait disparu, il n'y avait pas d'atrophie, la réaction électrique était nulle. Le traitement fut institué comme dans les cas précédents ; mais au bout de huit mois les mouvements n'avaient pas reparu, le membre supérieur droit était cyanosé ; il ne fallait plus garder aucun espoir. Cette diplégie brachiale était incurable grâce à la gravité des lésions qu'avaient provoquées des tractions violentes, grâce aussi au retard apporté dans le traitement.

La pathogénie de ces paralysies est assez complexe. Roulland résume ainsi, dans sa thèse, les différents mécanismes de leur production :

1° Paralysie spontanée : compression du diamètre bis-acromial du fœtus, en dehors de toute intervention.

2° Paralysie provoquée: dans la présentation céphalique, lorsqu'une des cuillers du forceps, poussée trop loin, vient comprimer la partie latérale de la base du cou, lorsque les épaules tardant à s'engager, on tire sur l'aisselle postérieure avec un crochet ou le doigt recourbé en crochet ; enfin, dans quelques cas exceptionnels, la compression peut être produite par des circulaires du cordon ombilical autour du cou.

Dans la présentation pelvienne, lorsque pour extraire la tête dernière, on pèse sur les épaules ou qu'on prend un point d'appui sur elles en mettant les doigts en fourche sur la nuque; lorsque, les bras étant relevés au-dessus de la tête, on cherche à les rabaisser.

Ces paralysies s'accompagnent quelquefois de phénomènes oculo-pupillaires (myosis), qui se produisent lorsqu'il y a lésion du rameau communiquant du premier nerf dorsal (Klumpke).

Le diagnostic est ordinairement facile. La paralysie d'origine cérébrale est exceptionnellement monoplégique ; c'est surtout le facial inférieur qui est atteint. La paralysie infantile est rare dans les premières semaines de la vie, elle débute par de la fièvre, se localise de préférence aux membres inférieurs, et s'accompagne bientôt après d'atrophie. Enfin les paralysies consécutives à une luxation ou à une fracture se reconnaîtront facilement par l'examen des parties et les commémoratifs.

Le pronostic varie avec le degré et l'étendue de la paralysie. Si la lésion nerveuse est profonde, il y aura dégénérescence du bout périphérique. Or, c'est sur la réaction électrique des muscles atteints que peut se baser la connaissance de l'étendue de la lésion. Quand la réaction est nulle, on doit craindre l'incurabilité.

Quant au traitement, Duchenne employait surtout les courants faradiques. M. Comby s'en est aussi servi dans les trois cas qu'il a rapportés. On peut y ajouter les frictions, le massage, les bains salés. Quelques auteurs préconisent les courants continus (10 à 15 milliampères) et appliquent le

---

tiers ; c'est par là qu'entraient les malades en temps ordinaire. L'autre, plus petite, près du Petit-Pont, et à laquelle était attaché un seul portier, ne s'ouvrait pour les malades qu'en temps de peste, parce qu'elle était toute proche de la salle du légat où on entassait d'habitude les pestiférés. Les bâtiments étaient loin d'être tous destinés aux malades. Il y avait, en effet, le logement du maître de l'Hôtel-Dieu, des chapelains, du personnel. On y rencontrait une boucherie desservie par un boucher, une boulangerie où travaillaient trois boulangers, un grand lavoir où l'on nettoyait le linge des malades, une cuisine, etc. Nous avons pu retrouver le nom des salles, grâce aux relations que l'on trouve dans les registres, des réparations qu'on y a faites. Il y avait la grande et la petite salle Saint-Thomas, la salle Saint-Denis, la grande salle, la salle neuve, la salle du légat, dans laquelle on logeait d'habitude les pestiférés (cette salle était séparée du reste de l'Hôtel-Dieu par une cour basse). On y remarquait de gros piliers soutenant des arcades ; les fenêtres étaient ornées de vitraux représentant des armoiries, des sujets de sainteté, etc. Les salles reposaient sur les communs de l'hôpital; au-dessus se trouvaient des greniers.

Dans le personnel de l'Hôtel-Dieu, très considérable, comme on devait s'y attendre, l'élément religieux était largement représenté. Il y avait quatre religieux profés, quatre chapelains, des frères laïques, six enfants de chœur et leur maître. On y comptait encore cinq *emballeurs* (garçons des morts), un sommelier, un charretier, un boucher, trois boulangers, un cuisinier, un serviteur de la cuisine, trois portiers, trois petits serviteurs, huit anciennes religieuses, trente-sept jeunes religieuses, la prieure et sept veilleuses.

Le nombre des malades était très variable, suivant les époques. A certains moments, par exemple dans les temps d'épidémie, il se produisait un encombrement épouvantable. Comme il n'y avait pas assez de place pour tout ce monde, on couchait jusqu'à cinq ou six personnes dans le même lit ; ces lits étaient de simples couchettes. Ce n'est que plus tard, au XVII^e siècle, que Geneviève Bousquet les fera orner de rideaux et de ciels de lits.

Nous avons fait quelques relevés des vivres que l'on distribuait aux malades : il leur était accordé 1 livre de viande par jour et par personne. Ceux de la salle Saint-Thomas n'avaient droit qu'à du bouilli, mais ceux de la salle Saint-De-

pôle positif au niveau du point d'Erb, le négatif sur les muscles paralysés (Onimus).

M. *Joffroy* ne partage pas l'opinion de M. Comby sur le pronostic des paralysies obstétricales et pense qu'il aurait sans doute obtenu des résultats plus satisfaisants, dans les deux derniers cas qu'il a rapportés, s'il avait employé les courants galvaniques au lieu des courants faradiques. La contractilité faradique est en effet abolie quelques semaines après le début de la paralysie, alors que les courants galvaniques peuvent encore produire la contraction musculaire.

La faradisation ne peut servir que dans des cas très légers. Dans les cas quelque peu graves, il faut employer l'électrisation galvanique, sous formes de courants interrompus.

M. Joffroy a vu, sous l'influence d'un tel traitement, réapparaître la contractilité dans des cas où il la croyait à jamais disparue.

M. *Hayem*. Le pronostic doit être cependant regardé comme grave. En effet, dans un certain nombre de cas, la gravité dépend non de l'insuffisance du traitement, mais bien de l'étendue des lésions ; il on était ainsi chez un petit malade que M. Hayem a observé et qui n'a pu guérir malgré les soins éclairés d'un spécialiste compétent.

REVUE DE CHIRURGIE

L'Académie de Médecine est tout entière à la discussion sur la vaccination obligatoire ; aussi s'occupe-t-elle peu actuellement de chirurgie. Signalons cependant une courte discussion à propos des deux *traitements à la mode des endométrites*, le curettage et la cautérisation au chlorure de zinc. Le prof. *Le Dentu*, qui fait un rapport sur ce sujet conclut que la cautérisation au chlorure de zinc au moyen du cylindre de pâte de Canquoin doit être absolument proscrite, parce qu'elle expose trop à l'atrésie et que par l'énergie inutile de son action elle compromet trop l'avenir fonctionnel de l'utérus. Même sous la forme atténuée que recommande M. Polaillon et avec les restrictions qu'il a adoptées dans l'emploi du crayon de chlorure de zinc (emploi de petites flèches enduites de collodion dans la portion qui doit rester en contact avec le col, application de la méthode seulement aux femmes qui ont dépassé l'âge de la parturition), la cautérisation avec la pâte de Canquoin est insuffisante ou dangereuse. M. *Polaillon* défend sa méthode qui, d'après lui, donne de bons résultats si elle est employée avec prudence.

A la Société de chirurgie, discussion assez intéressante sur le *traitement des gangrènes* à propos d'un rapport de M. *Reynier* sur une observation de gangrène de la jambe survenue à la suite d'un érysipèle de la face et communiquée à la Société par le Dr Schmit (de Versailles). — Le prof. *Verneuil* résume fort bien cette discussion en montrant que les gangrènes peuvent être d'origine traumatique, mécanique ou infectieuse, qu'elles peuvent succéder à une embolie ou être provoquées par de l'artérite, comme les gangrènes diabétiques, alcooliques, comme les gangrènes toxiques en un mot. Une telle différence d'origine fait comprendre l'évolution variée de ces affections et la différence légitime des méthodes thérapeutiques. La temporisation est parfois applicable d'autant mieux qu'avec l'antisepsie elle donne actuellement de meilleurs résultats qu'autrefois. On peut pour le traitement, formuler les règles suivantes: 1° pour les gangrènes foudroyantes, amputation rapide ; pour les gangrènes traumatiques mécaniques, amputation rapide ou temporisation suivant les cas ; pour les gangrènes emboliques et par artérite, surtout chez les vieillards, l'intervention n'est indiquée que si elle s'impose.

De la suture vésicale (1).

La taille hypogastrique est devenue depuis quelques années une opération courante, certains

(1) *Annales des mal. des org. génito-urinaires*, octobre 1890.

---

nis avaient droit à une demi-livre de viande bouillie et une demi-livre de viande rôtie. On leur allouait un demi-setier de vin mélangé d'un tiers d'eau.

On recevait tout le monde, sans distinction d'âge, de sexe ni de religion. Il paraît qu'il s'y glissait pas mal de faux malades. Un jour, le bureau se plaint que beaucoup de gens valides s'introduisent dans l'Hôtel-Dieu la veille d'une fête, tout simplement pour assister à un banquet qu'on y donne. Une autre fois (le 19 décembre 1605), on fait défense au portier de la porte du parvis Notre-Dame de laisser dorénavant entrer audit Hôtel-Dieu, sans être visité par le chirurgien dudit Hôtel-Dieu, « comme il est accoutumé de faire, à peine de punition corporelle et d'être chassé ».

Une fois guéris, beaucoup de malades réussissaient à se perpétuer dans les salles. Pour remédier à cet abus, on ordonne, le 22 septembre 1600, au chirurgien de compter tous les matins les malades. Depuis le 17 février 1576, le chirurgien était astreint, tous les vendredis de chaque semaine, à rendre compte au bureau de ses clients, d'indiquer les traitements, de signaler les convalescents, ceux qui étaient en état de sortir. Pour plus de sûreté, le bureau avait installé un garçon qui devait compter, chaque jour, le nombre des malades. Un très grand désordre régnait dans l'administration de l'hôpital. En 1505, les choses avaient été si loin qu'on avait dû enlever au chapitre l'administration du temporel pour le confier à un bureau composé de huit notables bourgeois de Paris. Il avait fallu aussi renvoyer les sœurs noires et les remplacer par les sœurs grises. La lecture des registres de cette période nous a montré le bureau luttant sans cesse contre des abus invétérés, obligé de fixer strictement la pitance de chacun, devant veiller à ce qu'on ne gaspille pas le pain, le vin, la viande, le charbon, le linge, qu'on ne vole pas les effets, forcé d'interdire au garçon qu'on garde les chiens dans les salles, etc.

Quel était le rôle du personnel médical à l'Hôtel-Dieu ? Il n'avait pas certes l'importance numérique, ni la considération qu'on lui accorde actuellement, ni même dont il a joui plus tard, au XVII^e et au XVIII^e siècle. Le bureau faisait lui-même la nomination du médecin ou chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Le chirurgien pouvait, au besoin, être un simple barbier, comme il résulte d'une pièce justificative annexée à cette thèse. M. de Tornery fait ressortir son humble position. On le paye mal, sous prétexte qu'on le loge gratis ; on

points de son manuel opératoire sont cependant encore en discussion. Faut-il, après l'opération, faire la suture complète de l'incision vésicale? Doit-on n'employer qu'une suture incomplète ou peut-on ne pas suturer du tout cette ouverture ? Dans une revue fort intéressante sur ce sujet, le Dr *Delefosse* expose les différentes opinions émises sur ce sujet et fait connaître les résultats de son expérience personnelle.

La suture vésicale est et doit être rejetée dans plus des deux tiers des cas de taille hypogastrique soit à cause du but de l'opération, soit par suite de l'état des parois vésicales et de la vessie elle-même. C'est ainsi que la majorité des chirurgiens ne l'admettent pas : 1° lorsqu'il s'agit de tumeurs vésicales et que l'opération a été faite dans un but curatif ou seulement palliatif: la plaie vésicale doit rester ouverte pour donner passage aux tubes chargés d'amener l'urine au dehors en procurant un soulagement aux malades ou de débarrasser la vessie des débris épithéliaux ; 2° lorsqu'il s'agit de vessies enflammées et chroniquement enflammées par suite de catarrhe vésical, comme le sont les vessies chez les prostatiques ; 3° pour les cystites tuberculeuses qui exigent la permanence de tubes d'évacuation ; 4° pour les vessies contenant des urines ammoniacales avec productions répétées et continues de calculs de phosphate de chaux ; 5° pour les vessies enflammées chroniquement par un calcul ou la présence prolongée et ancienne d'un corps étranger.

La suture vésicale complète n'est nécessaire que dans des cas très limités, par exemple dans les plaies vésicales faites au cours d'une laparotomie.

Dans d'autres cas la suture complète peut réussir vu l'intégrité presque parfaite des organes urinaires, l'âge des malades, la cause de l'opération ; mais c'est justement dans ces cas que la suture incomplète et l'absence de suture réussissent aussi le mieux et même avec le plus de succès. Par exemple la suture complète donne de bons résultats chez les enfants ; mais chez eux la vessie revient très facilement sur elle-même ; c'est ainsi que dans 3 cas de taille hypogastrique, M. Delefosse a eu 3 guérisons en laissant la vessie indemne de fils.

Depuis sept ans, M. Delefosse a fait 34 fois la taille hypogastrique; quoique il n'aît jamais pratiqué aucune suture vésicale, complète ou incomplète, ses résultats sont plus heureux que ceux obtenus par d'autres chirurgiens avec la suture. Il s'est toujours servi des tubes — siphons de Guyon; il n'a eu à traiter ni rupture vésicale, ni traumatisme occasionné involontairement dans une opération d'ovariotomie ou de hernie étranglée.

La section de la vessie a toujours été faite dans un but chirurgical déterminé, par conséquent dans un lieu d'élection et d'une longueur choisis à l'avance. Sur ces 34 observations, 3 tailles hypogastriques ont été nécessaires pour cathétérisme rétrograde, 4 pour corps étrangers, 5 pour l'extraction de petites tumeurs vésicales, 7 pour amener un soulagement dans les souffrances occasionnées par une tumeur vésicale ou une cystite tuberculeuse ; le reste pour des calculs qui ne pouvaient être enlevés ni par la lithotritie, ni par la taille périnéale. Dans presque tous ces cas, l'incision vésicale n'a pas dépassé en moyenne 3 centimètres.

Des luxations de l'épaule compliquées de fractures de l'humérus.

Le Dr Castex expose d'une manière très pratique la manière de faire le diagnostic et d'instituer un traitement rationnel dans un cas aussi difficile.

Le *mécanisme* de ces deux lésions concomitantes est variable : tantôt la luxation se produit d'abord ; puis l'humérus vient heurter contre quelque saillie osseuse, se brise le plus souvent au niveau du col chirurgical ; tantôt la fracture se produit la première et la tête est secondairement déplacée par la force vulnérante ; on la trou-

(1) *Gaz. des hôp.*, 1890.

---

le casse impitoyablement si on est mécontent de ses services ; chaque vendredi, il est obligé de rendre compte de sa charge au bureau, qui le réprimande s'il est en faute.

Le chirurgien de l'Hôtel-Dieu doit faire tous les jours la visite des malades dès sept heures du matin. A certains moments, il lui est enjoint d'appeler le médecin chaque fois qu'il juge nécessaire de pratiquer une opération importante. Comme il ne peut pas faire la besogne à lui seul, on lui adjoint des serviteurs ou compagnons ou garçons chirurgiens (on leur donne tous ces titres sur les registres de délibérations). A partir de 1585, on trouve mentionné le compagnon gagnant maîtrise, sorte de chef de clinique dont la fonction était très enviée, car on y faisait un stage de six ans et on devenait maître sans passer par les frais et les formalités habituelles. Nous avons recherché, avec M. Brièle, si nous ne trouverions pas le nom d'Habicot mentionné sur les registres ; nous n'avons absolument rien trouvé, bien que les biographes d'Habicot s'accordent tous à dire qu'il a travaillé à l'Hôtel-Dieu. Certains registres (1587-1588) ont été, il est vrai, perdus; mais cependant on ne trouve jamais ce nom mentionné sur le registre de compte. Habicot a-t-il été simplement garçon chirurgien externe ? C'est possible ; les fonctions de ces garçons chirurgiens externes, et même leur existence à cette période, n'ont du reste pas été élucidées par nous, malgré nos recherches persévérantes. Nous les avons vues mentionnées, mais beaucoup plus tard, en 1653.

Le 28 juin de cette année, le bureau décide que désormais on leur fera passer un examen devant les médecins et chirurgiens de l'Hôtel-Dieu, en présence de deux administrateurs. Il n'y avait pas de service clinique, mais le chirurgien, d'après les registres, avait depuis un temps immémorial l'habitude d'instruire les élèves. Ce ne devait pas être un cours, une leçon, mais quelques brèves paroles sur un cas clinique intéressant et sur le traitement qu'il fallait instituer. Néanmoins, comme il y avait beaucoup de faits curieux à voir dans cet hôpital et que le chirurgien pratiquait souvent de grandes opérations, telles que des amputations, les élèves s'y pressaient en foule. Ambroise Paré nous rappelle fièrement dans ses œuvres qu'il y a travaillé.

R. Vaucaise.

ve alors habituellement dans l'aisselle, sur le bord axillaire de l'omoplate.

Le *diagnostic* est rendu parfois difficile par le gonflement considérable dû à l'épanchement sanguin. Le chirurgien est exposé à ne voir que la moitié de la lésion, méconnaissant ou la fracture ou la luxation, suivant les cas. Il faut aussi se méfier des cas où, dans une fracture comminutive de la tête humérale, sa saillie serait diminuée au point qu'elle ne paraîtrait plus être sur la surface glénoïde. Lorsque le diagnostic est embarrassant, le chirurgien doit déterminer d'abord s'il y a ou non déplacement de la tête, en cherchant les signes de certitude de la luxation : 1° dépression sous-acromiale ; 2° présence de la tête humérale dans l'aisselle. Ce premier point établi, on reconnaît la coexistence de la fracture aux particularités suivantes : possibilité de ramener, sans effort, le coude au contact du tronc, conservation spontanée de cette attitude, facilité de faire exécuter au membre luxé divers mouvements sans rencontrer de résistance. En outre le diagnostic est confirmé par la mensuration de la partie antérieure de l'acromion à l'olécrâne qui révèle du raccourcissement, tandis que dans la luxation simple il y a plutôt allongement.

Le pronostic est sérieux ; car la fracture de l'humérus ne permettant plus d'agir sur la tête luxée rend la réduction plus difficile ; en outre le déplacement de la tête empêche que les surfaces de fracture se correspondent et que la consolidation se fasse aisément. Toutefois, en cas de non-réduction de la luxation, la gêne fonctionnelle est moins grande que dans les cas de luxation simple invétérée. Cette particularité tient à ce que la fracture permet au coude de revenir au contact du tronc. C'est ainsi que, dans les luxations anciennes, la fracture de l'os au-dessous de la tête, dans les efforts de réduction, rend plus aisés un certain nombre de mouvements inhérents à l'articulation.

Quant au traitement, *trois* méthodes ont été successivement préconisées : la *première* consiste à traiter la fracture d'abord pour ne s'occuper de la réduction qu'après la formation du cal (Heister, J.-L. Petit, Boyer). Cette méthode compte plus d'insuccès que de succès : à mesure qu'on s'éloigne du jour de l'accident, les chances d'échec augmentent en même temps que le danger des efforts violents que comporte ce mode de réduction (rupture du cal, des vaisseaux et des nerfs).

La seconde, dite de Riberi (1842), ne tient aucun compte ni de la fracture, ni de la luxation : elle consiste à imprimer des mouvements variés à l'humérus, par séances répétées, pour arrêter la constitution d'une pseudarthrose ; elle a l'inconvénient d'entretenir dans le foyer traumatique une inflammation qui ne peut qu'accroître les atrophies et les raideurs consécutives.

M. *Castex* est partisan de la troisième méthode préconisée depuis longtemps par le Pr Richet qui pense que les luxations de l'humérus et du fémur, compliquées de fracture de l'extrémité supérieure de l'os luxé, doivent être réduites immédiatement. La fracture, ainsi ramenée à l'état de simplicité, doit être traitée comme les autres. Pour opérer cette réduction, il faut que le malade soit plongé dans l'anesthésie la plus complète. La puissance musculaire étant le principal obstacle à la rentrée de l'os, il suffit, quand elle est anéantie, d'exercer des pressions directes sur l'extrémité luxée, sans recourir à l'extension. C'est le procédé du *refoulement*. Par exemple, pour l'épaule, on appuie les deux pouces sur l'acromion et on se sert des huit autres doigts enfoncés dans la base de l'aisselle pour ramener au dehors, sur la cavité glénoïde, la tête humérale qui s'en est plus ou moins éloignée.

Traitement des tumeurs blanches du genou dans l'enfance (1).

Ce traitement a donné lieu, dans ces dernières années, à de nombreuses et importantes discussions : il faut savoir gré à notre ami, le Dr A. F. Plicque, de les avoir fort judicieusement résumées.

Deux grandes méthodes de traitement sont en présence : l'une dite *conservatrice* est surtout basée sur la tendance des fongosités à la guérison spontanée ; elle se contente d'aider cette tendance par l'immobilisation dans une position favorable, la révulsion, les topiques locaux, l'incision et le grattage des abcès prêts à s'ouvrir et surtout par le traitement général. L'autre méthode, plus radicale, a surtout en vue, dès le début, le foyer d'infection produit par toute tuberculose locale ; elle s'attache à le supprimer par des opérations diverses, arthrotomie et grattage (arthrotomie et chauffage igné, arthrectomie, résections atypiques, résections vraies). Ces interventions hâtives ont pour but de diminuer les dangers d'infection générale et de laisser un membre plus utile que celui qui reste habituellement après la guérison spontanée. Avant d'établir une parallèle entre ces deux méthodes, étudions rapidement les moyens employés dans chacune d'elles.

A. Méthode conservatrice. 1° L'immobilisation dans une bonne position, doit être faite le plus tôt possible ; elle doit être précédée du redressement lorsque l'articulation est dans une flexion plus ou moins accusée. Quand l'affection n'est pas trop ancienne, le redressement s'effectue assez facilement sous le chloroforme ; à une période plus avancée, il peut être rendu difficile par les rétractions tendineuses ou par la déformation des surfaces articulaires. Les rétractions tendineuses sont facilement vaincues par la ténotomie qui, faite antiseptiquement, est entièrement inoffensive. L'obstacle constitué par les déformations articulaires est plus important : ce n'est plus une flexion simple, mais une véritable subluxation qui se produit au niveau du genou. Le redressement doit alors être fait avec des précautions spéciales, lentement, progressivement, en faisant précéder chaque mouvement d'extension d'un mouvement de flexion qui ramène en avant le plateau du tibia.

L'immobilisation est toujours nécessaire après le redressement, tant pour maintenir le résultat que pour modérer l'inflammation consécutive. Le meilleur appareil d'immobilisation est l'appareil plâtré, comprenant tout le membre, du pied à la moitié de la cuisse. Toutefois chez les jeunes enfants qui urinent au lit et dont les urines ramollissent vite les appareils en plâtre, on peut préférer les gouttières métalliques.

Dans certains cas, au lieu d'effectuer le redressement brusque, on recherche le redressement progressif au moyen de l'extension continue ; mais ce n'est que dans les tumeurs blanches tout à fait au début, très enflammées, très dou-

(1) *Gaz. des hôpit.*, 10 janvier 1891.

loureuses, mais sans aucune menace de subluxation que l'extension continue peut présenter des avantages.

2° La révulsion ne doit être que rarement faite avec des vésicatoires. Il faut leur préférer les cautérisations qui peuvent être faites de différentes façons. *Bonnet* pratiquait lentement des raies de feu sur toute la région, repassant le cautère à différentes reprises dans les mêmes raies, en se gardant de l'enfoncer profondément et de sectionner toute la peau. Richet fait avec la tige fine de platine du thermo-cautère des cautérisations allant jusqu'au centre même des fongosités. Le cautère doit être chauffé au rouge cerise, enfoncé à une profondeur de 4 ou 5 centim. dans l'articulation et retiré vivement, de manière à éviter les eschares étendues dont la chute pourrait entraîner des fistules. Chaque séance comporte quatre ou cinq de ces cautérisations, qui sont répétées tous les quinze ou vingt jours. Tous ces procédés ont l'inconvénient chez l'enfant de nécessiter l'anesthésie par le chloroforme ; on peut souvent se contenter des applications réitérées de teinture d'iode qui constituent un moyen de révulsion moins énergique, mais plus pratique. La compression ouatée modérée est associée avec avantage à ces divers procédés d'immobilisation et de révulsion.

3° Parmi les topiques appliqués simplement sur la peau, un seul, l'*onguent mercuriel*, paraît avoir une valeur réelle. Toute les fois qu'il existe une solution de continuité de la peau, la surveillance doit être grande au point de vue de la stomatite. — Les injections antiseptiques (iodoforme, acide phénique, teinture d'iode, etc.), n'ont pas donné de très bons résultats ; elles ont été faites soit à travers les trajets fistuleux, soit par des piqûres faites dans les fongosités. Chez l'enfant ces injections seront réservées au traitement des abcès par congestion, parfois à la désinfection des trajets fistuleux.

4° L'apparition d'un abcès est une complication sérieuse : s'il s'agit de simples abcès de voisinage, sans communication directe avec l'articulation ; ils peuvent guérir par la ponction et une simple injection d'éther iodoformé, mais le plus souvent le pus occupe la synoviale, il y a des lésions étendues des épiphyses : il faut avoir recours à une large incision suivie du curage du foyer, de l'ablation d'une partie de la synoviale et de l'évidement des extrémités épiphysaires atteintes. Si l'abcès est trop étendu, si les lésions osseuses sont trop prononcées, c'est souvent à l'amputation de la cuisse qu'il faut se décider. Aussi est-il sage de ne jamais entreprendre l'incision d'un abcès intra-articulaire, sans avoir les instruments nécessaires pour pratiquer la résection ou l'amputation et sans avoir prévenu à l'avance la famille de ces éventualités.

5° Tous ces moyens locaux doivent être secondés par le traitementgénéral qui se compose de moyens hygiéniques (grand air, soleil, exercice, distraction, bonne nourriture) et médicamenteux (huile de foie de morue, iode, arsenic, quinquina, etc.). On ne saurait trop insister sur l'utilité du traitement marin *prolongé* qui semble constituer, tant par les bains de mer que par le simple séjour dans l'atmosphère maritime, le plus puissant des modificateurs hygiéniques de la scrofule.

Quand la guérison a été obtenue, il faut prendre de grandes précautions au point de vue local et général pour éviter toute rechute. La marche ne doit être permise que progressivement quand il n'y a plus ni douleurs spontanées, ni points douloureux à la pression. Un appareil de soutien (genouillère ou appareil silicaté) doit être porté pendant longtemps pour éviter les entorses. De plus, il ne faut employer qu'avec une grande réserve les diverses manœuvres (massages, mouvements) ayant pour but de combattre l'ankylose totale ou partielle. Il importe que dès le début du traitement le médecin fasse accepter comme favorable la possibilité de la terminaison par ankylose. Enfin, l'atrophie musculaire, si fréquente après les tumeurs blanches, sera combattue par les frictions stimulantes et surtout par les courants continus.

B. La méthode *radicale*, qui consiste à intervenir, comprend différentes opérations :

1° La résection typique du genou, qui est une opération bien réglée, facile, et qui permet d'enlever complètement les fongosités osseuses et articulaires. Elle a le grave inconvénient de supprimer le cartilage épiphysaire et d'entraver l'accroissement du membre. Aussi ne faut-il pas pratiquer de résection du genou avant l'âge de douze ans (Ollier).

2° L'arthrotomie avec simple drainage pour l'évacuation des sécrétions est presque inusitée ; elle ne pourrait guère être utilisée que dans quelques arthrites fongueuses nettement suppurées.

3° Une excellente méthode pour modifier les tubercules articulaires consiste dans l'arthrotomie avec cautérisation ignée : l'articulation est ouverte très largement et les fongosités cautérisées, labourées en tous sens. Les extrémités spongieuses des os sont elles-mêmes traversées, « tunnellisées » par le fer rouge. S'il existe un foyer nécrosique, l'os doit être, en plus de cette cautérisation, évidé à la curette et à la gouge. Pour terminer l'opération, M. Vincent chauffe et dessèche toute l'articulation au moyen d'un cautère de gros volume chauffé au charbon, qu'il promène dans les diverses traînées faites. L'articulation tout entière se trouve bientôt à un degré de chaleur qui doit faire périr les micro-organismes. Si le pansement est bien aseptique, si l'immobilisation est bien faite, la réaction inflammatoire est très limitée. Ces procédés mixtes d'arthrotomie avec évidement et cautérisation semblent être ceux qui s'appliquent le mieux à la tumeur blanche à début osseux, la plus commune chez l'enfant.

4° *L'arthrectomie*, préconisée par Volkmann, a pour but d'exciser la synoviale et les ligaments envahis par les fongosités, en respectant, autant que possible les extrémités osseuses ; mais chez l'enfant, une ablation ainsi limitée à la synoviale et aux ligaments, est rarement complète. Les travaux de Lannelongue ont en effet montré que les tuberculoses articulaires de l'enfance débutent presque toujours par les os et que l'envahissement de la synoviale n'est que consécutif.

5° En réalité, c'est à une résection atypique, à une opération de nécessité *plutôt* que vraiment réglée que doivent toujours revenir les interventions chirurgicales dans les tumeurs blanches du genou chez l'enfant. L'incision destinée à aborder l'articulation sera variable (unique, multiple, latérale, etc.). Quant à la synoviale et

aux ligaments, on pourra, suivant les cas, se contenter d'un curage énergique ou les inciser ; les foyers osseux seront grattés et évidés. Ces résections atypiques constituent donc un curage aussi complet que possible du foyer tuberculeux; le désir de faire une ablation complète ne doit pas toutefois entraîner à des ablations osseuses trop étendues. L'emploi des antiseptiques (naphtol camphré par exemple) peut être utile pour modifier les fongosités tuberculeuses laissées par l'opération.

Quand il existe des abcès étendus, une précaution utile est d'amener, autant que possible, leur asepsie en pratiquant quelques jours à l'avance des injections d'éther iodoformé qui en modifient le contenu.

Le drainage est utile : il peut être intra-articulaire : mais on peut se contenter d'un drainage extra-articulaire, en ayant soin que l'extrémité des drains affleure l'ouverture de la synoviale. Le pansement ouaté de Guérin, combiné avec un pansement antiseptique sur la plaie, donne d'excellents résultats.

Après l'opération, une attention toute spéciale est nécessaire au point de vue de la position du membre en extension et de la surveillance des appareils inamovibles.

Quelle est la valeur des deux grandes méthodes de traitement que nous venons d'étudier. Au point de vue de la mortalité, la méthode conservatrice, pratiquée raisonnablement, paraît avoir l'avantage. Les enfants résistent mieux que l'adulte à l'infection dont ils sont menacés par le foyer tuberculeux local.

Au point de vue de l'utilité du membre, les deux méthodes doivent être comparées sous le rapport de l'atrophie musculaire, du raccourcissement, de l'attitude, de la mobilité ultérieure de l'articulation. La méthode conservatrice, avec son traitement longtemps prolongé, expose peut-être davantage à l'atrophie des muscles, mais il est rare que cette atrophie, suffisamment soignée, soit définitive. Le raccourcissement lié à l'atrophie est le même dans les deux méthodes ; les opérations qui intéressent le cartilage de conjugaison sont, à cet égard, beaucoup plus graves. La position dans l'extension n'est guère moins difficile à maintenir après opération que sans opération. Enfin, si l'on élimine quelques cas, exceptionnellement heureux, l'ankylose de l'articulation reste la règle dans l'un comme dans l'autre des traitements.

La méthode conservatrice assurant des résultats aussi favorables, avec des dangers moindres, doit donc être préférée dans la tumeur blanche du genou chez l'enfant. Mais avec la sécurité que donne l'antisepsie, ce serait une faute de laisser évoluer sans intervention des tumeurs blanches suppurées, jusqu'au moment où l'étendue de la destruction articulaire ne laisse plus d'autre ressource que l'amputation où souvent même la dégénérescence amyloïde du foie et du rein ne permet même plus cette suprême ressource.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Règles à observer vis-à-vis de certaines Compagnies d'assurance (*accidents*).

Mon cher Directeur, je vous fais part de mon modus vivendi avec certaines industries représentées par des agents peu honnêtes.

Les bonnes Compagnies d'assurances, et il y en a, sont comme les honnêtes femmes ; nous n'avons pas à en parler ni à nous défendre contre elles.

— Elles traitent avec les médecins, sachant bien qu'elles ne peuvent s'en passer. Passons !

Les autres, il faut s'en garer et, si on ne peut les éviter, il ne faut pas craindre de les mettre au pied du mur. Donnant, donnant, pas d'argent, pas de Suisses !

Voici quelques-uns des procédés en usage ; je parle de ceux que je connais, dont j'ai été victime et dont je me garde, en essayant, quand je le peux, de garder mes jeunes confrères.

Il y a la Compagnie d'assurances-accidents, qui vous laisse soigner un sinistré, pendant une, deux trois semaines et même plus, sans donner signe de vie. Cependant vous avez formulé un diagnostic, un pronostic à son adresse.

Un jour, vous voyez venir un monsieur, généralement bien mis, qui, après pas mal de circonlocutions et de salamalecs, vient vous féliciter de votre zèle, de votre savoir, etc., etc.

Chacun accepte les compliments comme il l'entend, tout cela pour aboutir à vous offrir le poste et le titre de médecin de la Compagnie. « Il y a beaucoup de blessés dans l'année. Nous demanderons seulement vos constatations au début et à la fin. Nous donnons 6 fr. par double certificat d'accident et de terminaison, etc., etc. Nous vous adresserons votre nomination.»

Et si vous vous laissez faire, le tour est joué — pas un mot des soins donnés.

J'y ai passé à mes débuts et, devant ma présentation d'une note d'honoraires de 180 fr. pour 5 semaines de soins, dans un cas d'arthrite traumatique suppurée du genou suite d'accident, je me voyais octroyer avec ostentation une nomination, enjolivée et paraphée d'arabesques, qui m'accordait 6 francs. M. le directeur, qui le prit de haut avec moi, habitait à Paris, et dans son bureau même, je dus le menacer d'aller me plaindre au commissaire de police voisin. Je fus payé et, naturellement je laissai sur sa table la nomination pour laquelle je n'avais pas eu la politesse de remercier. Ce tour a été fait à bien d'autres qui ne s'en sont pas vantés.

On vous fait miroiter un millier d'accidents à voir dans l'année et à chaque sinistre on joue la même comédie auprès du médecin qui veut bien se laisser faire.

Il y a les compagnies dont les agents ne se dérangent même pas, il vous revient 6 fr. par accident, pour vos constatations. Vous donnez vos soins et on ne vous en parle plus, vous ne voyez jamais d'honoraires.

J'ai écrit à des Directeurs, par-dessus les agents, c'est la même chose. Avec ces compagnies je n'écris plus rien, je soigne et, quand on me paye, je donne une note acquittée et je m'en tiens là.

Oui, je sais ce que vont me dire bon nombre de confrères, il y a la pression morale de l'entourage, de la clientèle, du devoir professionnel. Vous n'avez pas à entrer en lutte contre tous ces honorables sentiments, donnez les soins pour rien ou contre honoraires ; mais ne donnez pas vos signatures. Vous vaincrez ainsi la mauvaise foi des agents subalternes qui empochent vos honorai-

res. Voilà une société qui ne vient pas même vous trouver, qui compte sur vous et vous exploite, sachant bien que vous ne pouvez refuser vos soins par humanité et vous acceptez de jouer jusqu'au bout votre rôle de dupe. Soignez le blessé et dites simplement et énergiquement : Quand je serai payé des 5 ou 6 fr. qui me sont dus pour mes écritures, je vous les remettrai, en attendant je prends note des constatations.

Dans les petites localités industrielles, avec des groupes d'ouvriers peu nombreux ou isolés, voici comment certains agents procèdent. Ils s'adressent aux patrons pour leur faire contracter une police d'assurances contre les accidents arrivés à leurs ouvriers, en leur promettant qu'ils seront déchargés de tous risques et déboires. Le patron, souvent peu lettré, paye, donne la liste de ses ouvriers et met sa police dans un tiroir sans la lire.

Un accident arrive, comme toujours, à l'improviste. On court chez un médecin, le plus rapproché, ou celui qui passe. Les soins sont commencés et se continuent et les premiers mots du patron, du sinistré et de sa famille sont : « Nous sommes assurés.» Donnez votre consultation, faites votre pansement sans rien dire et, quand vous vous serez lavé les mains, quand on vous apportera la plume et le papier pour écrire le certificat, demandez à voir la police et alors, en cherchant bien, vous trouverez bien cachée à l'arrière-page, une petite ligne, en petits caractères, bien modeste et que personne ne lit.

Art. 37 et 38. La Cie ne garantit pas les soins médicaux ni pharmaceutiques, elle alloue 6 fr. au médecin pour les certificats d'accident et de guérison — et vous le lirez à haute et intelligible voix. — Sinon, vous êtes pris et enferré. Vous avez commencé, il faut continuer et ce ne seront ensuite que récriminations et dénis de paiement.

C'est une paresse d'esprit à secouer et, une fois qu'on a commencé, cela va tout seul. Le patron a souvent été trompé ; il trompe de bonne foi son ouvrier, et le médecin n'a aucun recours contre personne que s'il se fâche, ce qui est toujours mauvais. En prenant les devants, il ne risque rien et il prévient de nouvelles tromperies.

Ainsi, tout dernièrement, j'ai su que dans un village, tout peuplé de petits industriels, occupant les uns 4, 6 ou 10 ouvriers, un agent roublard en avait assuré le plus grand nombre en se servant, comme amorce, d'une prime d'accident versée dans la semaine par une autre Compagnie à un ouvrier blessé dans un autre village.

Cette Cie, dont je suis le médecin, a toujours procédé loyalement avec moi — me proposant un tarif d'honoraires variable pour les divers accidents, un chiffre fixe pour les cas simples et spécifiant bien qu'elle ne donne pas les médicaments aux sinistrés. L'agent dont j'ai parlé plus haut se servit de la bonne réputation de cette Cie en la faisant passer pour sienne et assura un certain nombre d'individus qu'il m'est déjà arrivé plusieurs fois de désillusionner.

Je ne l'ai jamais vu, je refuse net tout certificat et j'attends pour voir comment cela finira.

Dr B.

Compagnies d'assurances-accidents.

Monsieur le Directeur et honoré Confrère,

J'ai l'honneur de vous demander et votre avis et votre conseil.

Il existe deux sortes de sociétés d'assurances contre les accidents.

Les unes, telle que le *Soleil*, qui donne tant par accident constaté, et qui laisse libre le médecin de demander ce qu'il veut au client.

Les autres paient tant par accident constaté, plus les frais du traitement.

Une de ces dernières m'avait demandé d'être son médecin pour la localité que j'habite, j'ai refusé, jugeant que les honoraires qu'elle offrait n'étaient pas suffisants, et ne voulant pas m'engager pour cinq ans comme elle le réclamait ; l'agent n'a pas voulu me laisser entre les mains ses conventions.

Une autre compagnie vient à son tour de me demander d'être son médecin ; celle-ci du moins ne me demande pas d'engagement, et me donne le prix des honoraires.

Les voici :

10 fr. par accident, sauf les cas ci-après tarifés comme suit :

Luxations.	Epaule, coude............	30 fr.
—	Hanche....................	60 »
Fractures.	Côtes.....................	20 »
—	Radius, péroné, clavicules..	30 »
—	Bras et avant-bras........	30 »
—	Jambe.....................	60 »
—	Cuisse....................	80 »
Amputations.	Bras......................	50 »
—	Jambe.....................	70 »
—	Cuisse....................	100 »
Plaies très graves	....	30 »

Le tout sans frais de déplacement.

Tel est le tarif qu'on m'a donné ; je n'ai pas encore donné de réponse, parce que les honoraires pour les luxations et les fractures simples sont à peu près acceptables ; il n'en est plus de même pour les amputations et les plaies très graves.

Il me semble que ce serait aux médecins de fixer les honoraires et non aux compagnies. Si les compagnies d'assurances sur les accidents font leurs affaires et vivent, n'est-ce pas aux dépens du médecin ?

J'ai refusé d'être le médecin de la 1re compagnie, croyez-vous qu'on puisse accepter les conditions de la seconde ?

Agréez, etc.

Dr R.

Réponse. — Nous pensons, comme vous, qu'il est possible d'accepter les conditions qu'on vous propose et de s'efforcer d'obtenir une modification des deux articles du tarif que vous jugez insuffisants, à bien juste titre.

Ce tarif serait bien insuffisant si le déplacement était considérable.

Relisez, d'ailleurs, la chronique professionnelle du précédent numéro et l'article précédent dans ce numéro-ci.

L'état actuel de la question des dentistes.

M. Lereboullet a reçu la lettre suivante dans laquelle M. David exprime à peu près les idées que nous avons toujours soutenues :

Mon cher ami,

La question, que vous avez reprise, de l'exercice de l'art dentaire en France ne pouvait manquer d'intéresser M. Magitot. Dans sa lettre pu-

bliée en votre dernier numéro, le savant académicien a affirmé, une fois de plus, son opinion déjà bien connue sur la réglementation à introduire dans la profession de dentiste. Il continue à la soutenir courageusement ; ne perdant aucune occasion, aucun prétexte de proclamer bien haut que *le dentiste doit être médecin ou ne pas être*.

Cette thèse fut aussi la mienne à l'époque; il est vrai, où je goûtais les douceurs tutélaires de cet éminent maître. J'ai changé d'avis. Pourquoi...? C'est ce que je vous demande la permission d'exposer.

Je me permettrai de tenir un compte bien médiocre de l'opinion des dentistes, car, lorsqu'on veut réprimer des abus, je suis d'avis qu'il ne faut pas consulter les personnes qui les commettent.

Comme M. Magitot, j'estime que la profession de dentiste, faisant partie de l'art médical qui est réglementé, doit être également réglementée. Mais où je me sépare de lui, c'est sur le mode de réglementation.

M. Magitot veut imposer à tout dentiste le diplôme médical. S'il y a trop de médecins à la Chambre, il n'y en a pas assez dans le pays. C'est ce que constatent les statistiques et les rapports officiels. Peut-on encore distraire du nombre de ceux qui détiennent la santé publique le nombre représenté par les dentistes, c'est-à-dire environ 3,000? C'est cette raison qui m'a fait abandonner, à regret, je l'avoue, mon opinion première et qui a également retourné celle du gouvernement et, je puis le dire, du Parlement auquel j'ai l'honneur d'appartenir..

Ce mode de réglementation étant impossible, devions-nous nous croiser les bras, devions-nous ne rien faire ? N'y avait-il pas entre la perfection et le néant un moyen terme, une solution pratique ?

Je pensais qu'une instruction spéciale pourrait faire des dentistes suffisamment instruits, aptes à rendre les services d'une bonne pratique courante et présentant les garanties nécessaires contre le retour des accidents imputés aux dentistes actuels. Ce but a été poursuivi il y a 10 ans, et l'est encore par nos deux écoles dentaires, dont à aucun prix M. Magitot ne veut entendre parler. Je reconnais avec lui, et, après les avoir vues de près, que ces deux écoles ne présentent pas les garanties nécessaires.

Mais ces garanties peuvent nous être données par un enseignement officiel.

Voilà pourquoi j'ai proposé qu'on réglementât la profession de dentiste par l'obligation, imposée aux praticiens dépourvus de grade médical, d'un diplôme spécial de dentiste, délivré par le gouvernement. Cette solution est, à mon sens, la seule qui puisse être acceptée actuellement. La commission parlementaire, le gouvernement l'ont acceptée et le parlement ne pourra que l'adopter.

Mais elle est peut-être encore lointaine et, en attendant sa réalisation, certaines questions de détail se posent. C'est ainsi que j'ai soulevé celle de l'antisepsie.

M. Magitot bondit à la pensée que les dentistes pourraient légalement, comme les sages-femmes, employer et prescrire des antiseptiques déterminés ! ! Ce qu'ils ne peuvent faire légalement, ils le font illégalement et sans qu'aucun texte de loi puisse les condamner. Leur liberté d'exercice est acquise : c'est un fait indéniable. Comment dès lors songer à leur enlever les moyens de pratiquer ?

Je reconnais qu'à la rigueur un pharmacien peut et doit se refuser à exécuter leurs prescriptions. Mais comment les empêcher de posséder chez eux toutes les substances médicamenteuses, toxiques ou autres, tout le monde pouvant se les procurer, sans ordonnances, chez le premier marchand de produits chimiques venu ?

Il est vraiment heureux, dit M. Magitot, pour M. David lui-même, que sa proposition n'ait pas été lue en séance publique. Eh bien, non, je regrette que l'Académie de médecine n'ait pas été officiellement saisie de la question. Une commission eût été probablement nommée, qui, en attendant le vote des lois proposées au parlement, aurait formulé le *modus vivendi* des dentistes.

Mais ce qui n'a pas été fait en mars dernier, peut se reprendre et vous avez toute qualité pour cela. Vous trouverez en M. Magitot un collaborateur peut-être difficile à satisfaire, mais, en tout cas, compétent et zélé.

Dr Th. David.

BULLETIN DES SYNDICATS

Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure.

Séance du 4 novembre 1890.

Présidence de M. le docteur Porson.

Sont présents : MM. Porson, Destez, Luneau, Pàtoureau, Crimail, Perochaud, Attimont, Cailleteau, Jouon, Grimaud, Simoneau, Gaboriaud, Samsen, Landois, Bécigneul, Ollive, Guillou, Dehillotte, Dorain, Plantard, Toché.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

La question de constatation des décès est agitée de nouveau. Une commission est chargée de l'étudier, elle se compose de MM. Grimaud, Ollive et Gaboriaud.

M. Guillou soumet au syndicat une difficulté qui s'est présentée à lui à propos d'un certificat pour une Compagnie d'assurances, certificat que lui réclamait un membre d'une Société de secours mutuels dont il est le médecin. Le cas peut se résumer ainsi : le médecin d'une Société est-il obligé de donner des certificats autres que ceux dont la Société a besoin pour son contrôle ou sa comptabilité ? M. Simoneau fait observer que bien des Compagnies d'assurances ont des médecins attitrés. Une discussion s'élève sur la question du paiement des honoraires de ces certificats par les Compagnies d'assurances. Il faudrait créer un tarif. M. Porson met aux voix l'opportunité de la nomination d'une commission. La formation de cette commission est votée : elle se composera de MM. Pérochaud, Plantard et Guillou.

M. le Dr Provost, du Pellerin, demande à entrer dans notre association. Il est admis à l'unanimité.

M. le Président annonce que le sieur V..., poursuivi pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie, a été condamné à

500 fr. d'amende pour exercice illégal de la pharmacie,

100 fr. d'amende pour vente de remèdes secrets,

15 fr. d'amende pour exercice illégal de la médecine,

200 fr. de dommages-intérêts envers le syndicat des pharmaciens,

A l'insertion du jugement dans 3 journaux de Nantes et un de Paris, insertions ne pouvant dépasser 150 fr. Le syndicat médical aurait voulu se porter partie civile et demander aussi des dommages-intérêts. Cela ne lui a pas été possible, la Cour de Paris ayant confirmé la jurisprudence de la Cour de cassation.

Des plaintes ont été adressées par un confrère du département pour exercice illégal de la médecine.

C'est d'abord un pharmacien qui en est l'objet ; cette plainte a été communiquée au Syndicat des pharmaciens qui s'empressera, comme il l'a déjà fait dans un cas analogue, de faire des remontrances à l'intéressé ; et celui-ci, espérons-le, en tiendra compte.

Une autre plainte concerne une religieuse, la Supérieure d'une Communauté, qui possède une clientèle médicale considérable. De même que dans le cas précédent, nous souhaitons qu'il n'y ait pas à sévir, et qu'en prévenant le supérieur de la Congrégation, une admonestation bien adressée réprimera le zèle médical de la Religieuse.

M. l'abbé Patron a attiré sur lui l'attention du syndicat. Déjà, il y a quelques années, l'Association des médecins s'en était occupée et il avait promis de cesser tout exercice de la médecine, mais peu à peu il était revenu à ses anciennes habitudes. Cette fois, le Syndicat, qui n'existait pas alors, saura au besoin lui rappeler l'engagement qu'il a pris par la lettre suivante adressée à notre président :

« Monsieur le Docteur, conformément à la communication que vous m'avez faite tant en votre » nom qu'en celui de vos honorables collègues du » Syndicat médical de la Loire-Inférieure, je viens » vous dire que, sur le désir exprimé, je *cesse de » répondre aux quelques personnes souffrantes » qui pourraient me demander conseil*. Je tiens » à vous remercier personnellement de la manière toute courtoise avec laquelle vous m'avez » manifesté vos intentions.

» Veuillez agréer, etc.

» Signé : A. PATRON. »

Pour finir ce qui concerne l'exercice illégal de la médecine, nous ne pouvons mieux faire que d'insérer la lettre suivante adressée par la célèbre guérisseuse Mme Maillard, née Sérot, à notre président. Nous respectons scrupuleusement le style et l'orthographe de ce petit chef-d'œuvre de sentiment et de littérature :

« Nantes, 5 septembre 1890.

» Monsieur le Président des médecins de Nantes, » Il est impossible devant tant de bonté, de votre » part de ne pas venir vous remercier de la plainte » que vous avez été porter contre moi, mon éta» blissement est loin d'être caché vous n'avez » donc rien appri à la justice en déclarant que je » soigne pour cette cause j'ai eu 2 procés depuis » je pocéde un docteur, les ordonnances sont de » sa main qu'est ce que vous avez donc à dire, » déjà à Paris on a trouvé fort ridicule que l'on » chercha quelque chose contre mon docteur » quand il m'a annoncé ce procédé je me suis » ditte, ils n'ont pu réussir à annéantir M. Les» cure, ils vont ces messieurs les docteurs vou» loir revenir sur moi et j'ai vu clair puisque cela » arrive, néanmoins votre droit n'est pas d'au» poser les soins que je donne par l'ordre, et la » surveillance d'un docteur ayant diplôme, né» anmoins l'appas de l'argent vous porte tous « docteur à faire une noirceur, bien reconnue de « ma haute clientelle qui vous en bénit tous, et » moi je vous en remercie vous pouvez compter » avec le temps si la constiance laisse tranqu'il » ceux qui font le mal non cent fois non mon» sieur les coupables ne connaissent pas le bon» heur, c'est réservé à ceux qui ne font que le » bien et qui de tous temps font le bien pour le « mal, aussi je suis cet exemple et je vous par« donne à tous, vous ne savez ce que vous faites » il faut l'avouer, sans cela vous laisseriez la res» pectable madame Maillard tranquille elle ne » peut vous craindre.

» Recevez monsieur mes salus respectueux.

» Signé : Mme MAILLARD née SÉROT,

» amie de ceux qui souffre, elle n'a d'ennemie » que les méchants dont elle se soucie fort peu.

» Je paie patente d'herboriste que je vends des » plantes cuites ou au naturels je ne vends jamais » que des plantes.

» A bientôt donc mon procès. »

Il avait été question de l'organisation d'un Bureau de nourrices patronné par le Syndicat. MM. Grimail, Attimont et Ollive font observer quelles difficultés rencontrerait notre Association, quelle responsabilité elle pourrait encourir. Aussi, après vote, il est décidé que cette question sera laissée de côté.

M. le président a eu l'occasion d'appuyer auprès de la Préfecture les justes revendications d'un membre du Syndicat ; il a été fait droit à la demande de notre confrère.

M. Porson dit quelques mots de l'indemnité en cas de maladie. Cette idée a été lancée par le Concours médical et l'Union des syndicats, qui ont amené l'Association générale à s'en occuper. Et quoique le Syndicat de Nantes n'ait pas à traiter la question, il ne doit pas cependant s'en désintéresser. Des réunions ont eu lieu à Paris le 4 et le 17 octobre, on s'y est occupé de ce sujet, et ces jours-ci, le 9 novembre, une réunion de l'Union des syndicats va la traiter à fond. Le projet définitif sera tiré de la fusion des projets de l'Oise, de la Gironde et de la Loire-Inférieure.

La séance commencée à 4 heures est levée à 6 heures moins 1/4.

Le secrétaire des séances :
Dr TOCHÉ.

REPORTAGE MÉDICAL

Ville d'Amiens. — Hospice Saint-Victor. — Concours pour l'emploi de médecin en chef.

Le Sénateur, Maire de la Ville d'Amiens,

Considérant qu'en raison de l'ouverture prochaine de l'Hospice Saint-Victor fondé à Amiens en exécution du testament de M. Victor Cauvel de Beauvillé, il y a lieu de pourvoir à la nomination du médecin en chef de cet hospice spécialement affecté aux indigents atteints de maladie des yeux ou de cécité complète ;

Considérant que la nature des soins à donner aux malades et les opérations chirurgicales qu'ils peuvent avoir à subir nécessitent la présence d'un spécialiste ;

Considérant que pour fixer le choix de l'Administration la voie du concours est préférable à tout autre moyen ;

Vu l'article 88 de la loi du 5 avril 1884 ;

Arrête :

ARTICLE PREMIER. — Il est ouvert un concours pour l'admissibilité à l'emploi de Médecin en chef de l'Hospice Saint-Victor.

Art. 2. — Les candidats devront être de nationalité française, pourvus du diplôme de docteur de l'une des Facultés de médecine de l'Etat et âgés de 40 ans au plus.

Art. 3. — Ils adresseront leur demande pour le 7 mars au plus tard au Secrétariat de la Mairie d'Amiens qui leur en accusera réception et leur fera connaître en temps utile si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours.

Cette demande sera accompagnée:

1° de l'acte de naissance du candidat;

2° d'une pièce établissant sa nationalité française;

3° de ses diplômes;

4° de sa thèse inaugurale;

5° de ses états de service, d'un exposé de ses titres et travaux scientifiques et notamment de certificats établissant que le postulant aurait été attaché à un titre quelconque soit à un hôpital, soit à un établissement consacré aux maladies des yeux;

6° d'un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le Maire de la commune où il a sa résidence habituelle.

Art. 4. — Les épreuves du concours auront lieu à la clinique de l'Hospice National des Quinze-Vingts à Paris le 16 mars prochain, à 8 heures 1/2 du matin.

Art. 5. — Le Jury chargé de tenir le concours et d'en juger les résultats sera composé de cinq docteurs en médecine choisis, en majorité, parmi ceux s'occupant spécialement d'ophthalmologie.

Art. 6. — Les épreuves du concours seront au nombre de trois.

1° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie ou de pathologie tirée au sort entre cinq questions mises dans l'urne par les membres du Jury. Il sera accordé trois heures pour traiter le sujet;

2° Une épreuve clinique portant sur deux malades dont un choisi parmi les malades atteints d'un trouble de la réfraction soit dynamique, soit statique. Il sera accordé trente minutes pour l'examen des deux malades, vingt minutes pour l'exposition;

3° L'appréciation par le Jury des titres et des travaux scientifiques du candidat ainsi que de ses antécédents comme opérateur et praticien.

Art. 7. — Pour chacune des épreuves, le nombre de points à attribuer aux candidats est déterminé par l'échelle suivante:

Points	Appréciation
0	Nul
1 2	Très mal
3 4 5	Mal
6 7 8	Médiocre
9 10 11	Passable
12 13 14	Assez bien
15 16 17	Bien
18 19	Très bien
20	Parfait.

Les points obtenus sont multipliés par des coefficients proportionnels à l'importance respective des épreuves.

Pour la première et la troisième épreuve, le coefficient sera 1, pour la seconde 2.

Toute épreuve dont la note est inférieure à 12 entraîne la non admissibilité du candidat.

Les candidats seront classés par ordre de mérite d'après le total des points obtenus.

Art. 8. — Le médecin en chef de l'Hospice Saint-Victor sera chargé du service quotidien de la clinique ophthalmologique et des soins à donner aux pensionnaires et au personnel de l'Etablissement. Il jouira d'un traitement annuel de six cents francs.

Fait à Amiens, à l'Hôtel-de-Ville, le 31 janvier 1891.

Frédéric Petit.

Vu et approuvé

Le Préfet de la Somme.

Signé: R. Allain-Targé.

Comme nous l'avons déjà dit, un syndicat est en voie de formation dans la *Vallée de la Meuse.* M. le Dr Lécuyer, de Beaurieux a été invité à venir prêter à ses confrères l'appui de son expérience et de l'entrain qu'il apporte à toutes les œuvres auxquelles il prend part.

A *Marseille* vers la fin de l'année 1890 plus de 150 médecins ont adhéré à la création d'un syndicat et on espère qu'il s'aggrègera bientôt à l'*Union.* Il est présidé par le Dr Subcat fils et a pour secrétaire général le Dr Galibert.

NÉCROLOGIE

Nous avons le vif regret de faire part à nos lecteurs d'un nouveau deuil qui vient de frapper M. le Dr *Delefosse*, secrétaire général de la *Caisse des pensions de retraite*; il vient de perdre, à l'âge de 16 ans, son fils, un beau jeune homme, doué de toutes les qualités, qui faisait le bonheur et était la dernière espérance de son malheureux père, notre confrère et ami.

Tous nos confrères se joindront à nous pour exprimer à M. Delefosse leurs sentiments de condoléance.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE LE « CONCOURS MÉDICAL »

M. le Dr Bourdon, de Rocheservière (Vendée), membre du Syndicat de Montaigu.

Dr Motel, à Saint-Michel-Sougland (Aisne), membre de l'association des médecins de Laon, Vervins.

Dr Nitot (E.), 18, rue de Provence, Paris, membre de la Société du IXe Arrondissement.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'École de Médecine

4, rue Antoine-Dubois, 4

I. *Formulaire de médecine pratique*, par le Dr E. Monin, (préface du professeur Peter). Cet ouvrage, qui renferme plusieurs milliers des meilleures formules, rendra à tous nos confrères les plus utiles services dans leur clientèle journalière. L'hygiène des maladies, la médecine des symptômes, la thérapeutique conçue d'après les indications cliniques: Voilà ce qu'y trouveront tous les médecins soucieux d'approfondir *l'ars curandi*, dénommé à bon droit « la partie la plus utile de l'art le plus utile que l'homme ait inventé ». Le Formulaire du Dr Monin est appelé au succès durable, parce qu'il est méthodiquement mis en pages et rédigé avec un sens critique assez rare dans ces sortes de publications. Prix fort 5 fr. Net 4 fr. pour MM. les membres du Concours médical. Adresser un mandat de pareille somme à M. le Directeur de la Société d'Editions Scientifiques pour recevoir franco dans la semaine qui suivra la demande.

II. La dix-septième livraison des *Sciences biologiques* (prix 1 fr. 25) contient un article très intéressant du Dr E. Laurent sur *l'Anthropologie criminelle* en 1889; cet article est accompagné de dix portraits en photogravure des principaux anthropologistes: Lacassagne, Benedikt, Bertillon, Trill, de Moscou, Benedikt, de Vienne, Tarde, Guillot, etc.

III. *Travaux d'ophtalmologie*, par le Dr A. Trousseau, médecin de la clinique nationale des Quinze-Vingts: conjonctivite, iris, maladies générales, chirurgie oculaire. Bel in-8°. Prix 3 fr.; net 2 fr. 40 pour MM. les membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY,

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Treizième année — N° 9 — 28 Février 1891

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement des dyspepsies chroniques par le massage.

Le traitement des dyspepsies chroniques par le massage est actuellement préconisé en Allemagne. Son emploi, à la condition bien simple de le réserver aux dyspepsies nettement chroniques, sans phénomènes inflammatoires, sans hémorrhagies gastro-intestinales, est de toute façon entièrement inoffensif.

La technique opératoire du massage de l'estomac est d'une grande simplicité. Le moment le plus favorable pour les séances est la période qui s'étend de deux à trois heures après le principal repas. Le malade est placé dans le décubitus dorsal, les cuisses fléchies sur le bassin, la bouche ouverte, respirant largement. Le massage consiste tout d'abord dans des effleurements très superficiels, très légers, de la région stomacale. Peu à peu, la pression devient plus forte et l'on finit par pratiquer un véritable pétrissage de l'estomac, en ayant soin de diriger toujours les pressions de l'extrémité cardiaque et des bords de l'organe vers le pylore. La durée de chaque séance est de dix minutes environ. Après le massage de l'estomac, on pratique pendant quatre à cinq minutes le massage de l'intestin. Les pressions portent tant sur l'intestin grêle que sur le gros intestin. Il est bon, pour ce dernier, de suivre son trajet anatomique en partant du cæcum, suivant le trajet du côlon ascendant, du côlon transverse, du côlon descendant, pour terminer à l'S iliaque.

Le mode d'action du massage est, d'après Cseri, le suivant. Se trouvant pratiqué au moment où l'estomac est rempli d'aliments, souvent mal digérés, et qui y feraient un long séjour, il assure le passage de ces aliments dans le duodénum, d'abord en réveillant la contractilité des fibres musculaires stomacales, puis par l'impulsion directe que le massage communique à la masse alimentaire. A la longue, il finit ainsi par réveiller la tonicité de l'estomac. En même temps, il combat la tendance à la constriction du pylore, constriction à laquelle Cseri attribue un rôle, en particulier dans les dyspepsies nerveuses. Enfin la stimulation qu'il exerce sur la paroi musculaire n'est peut-être point sans influence sur l'augmentation de sécrétion du suc gastrique. Le massage de l'intestin agit d'une façon analogue. On doit rappeler combien la constipation est fréquente chez les dyspeptiques. Le massage intestinal, qui constitue un des moyens les plus puissants de la combattre, est donc, au point de vue de cette indication spéciale, d'une grande utilité.

Les résultats obtenus sont, si l'on s'en tient au soulagement momentané, presque immédiats. Dès la fin de la séance, les malades se sentent soulagés, ils n'ont plus cette sensation de lourdeur, de distension ordinaire dans les dyspepsies. Jamais au cours du massage, ni après la séance, ils n'éprouvent, si l'on procède dans les pressions avec la graduation nécessaire, la moindre douleur. Il n'est pas rare, au moment où cesse la distension de l'estomac, de les voir accuser un désir marqué de sommeil, fait intéressant au point de vue des insomnies d'origine gastrique. Au bout de quelques jours de traitement, leurs idées tristes disparaissent. Ils se sentent bien à l'aise et n'éprouvent plus cette tendance aux frissons qui leur est d'ordinaire si pénible. Mais pour consolider l'amélioration obtenue, le massage doit, généralement, être continué pendant un certain temps ; il est fréquent, après l'avoir cessé, d'être obligé de le reprendre par suite de rechutes ultérieures. Il est à peine utile d'ajouter que ce traitement mécanique de la dyspepsie n'est nullement exclusif et qu'on devra venir en aide à son action, tant par un régime alimentaire rigoureux que par les médicaments appropriés.

Recherches expérimentales sur le tétanos.

MM. *Vaillard* et H. *Vincent*, ont résumé récemment l'état de la question au progrès de laquelle ils ont contribué.

Le tétanos a pour cause un bacille que Nicolaier a décrit, et dont Kitasato a prouvé la spécificité. Ce bacille se développe uniquement dans la plaie des tétaniques, où il sécrète un poison ou toxine d'une extrême activité qui, par sa diffusion, produit la maladie. Le microbe élabore aussi sa toxine dans les milieux de culture artificiels ; on peut l'y déceler et étudier ses propriétés, comme K. Faber l'a fait le premier.

Si la nature parasitaire du tétanos et le mécanisme suivant lequel le microbe engendre la maladie se trouvent ainsi définitivement établis, des faits obscurs ou contradictoires restent encore, aussi bien dans son histoire expérimentale que dans son étiologie.

L'inoculation aux animaux des cultures pures du bacille tétanique détermine sûrement le tétanos ; mais, contrairement à ce qui s'observe chez l'homme ou les animaux spontanément atteints de la maladie, l'agent pathogène ne se multiplie pas au point infecté ; il disparaît même, après quelques heures, de la région où il a été introduit. Les accidents tétaniques n'en suivent pas moins un cours rapide. Cette particularité est en contradiction avec les données acquises sur les maladies parasitaires, dont l'évolution est toujours corrélative de la pullulation du microbe pathogène. L'anomalie s'explique par un fait qui avait échappé aux expérimentateurs : les cultures du bacille tétanique inoculées agissent seulement par la toxine qu'elles contiennent ; les animaux succombent intoxiqués par le poison que le bacille a élaboré *in vitro*, et non parce que celui-ci a vécu et pullulé dans les tissus. Ce poison est très actif: il suffit en effet de 1/1000e de centimètre cube d'une culture stérilisée par filtration pour donner au cobaye un tétanos mortel, et de 1/100,000e de centimètre cube pour tuer une souris.

La preuve est facile à donner que le microbe n'intervient pour rien dans le tétanos expérimental. On peut inoculer à des animaux très sensibles des doses considérables de bacilles tétaniques purs, soit jeunes et en voie de développement actif, à un moment où la toxine n'est pas encore sécrétée, soit pourvus de leur spore, mais privés par un lavage de toute trace de toxine, sans produire le tétanos : dans ces conditions l'agent pathogène ne végète pas au sein des tissus, il n'élabore, par suite, pas son poison et reste incapable de provoquer la maladie.

Ce fait explique une particularité insolite de l'histoire expérimentale du tétanos. Tandis que les maladies parasitaires transmissibles à un animal peuvent se communiquer indéfinitivement d'un sujet à l'autre par l'inoculation des produits (tissus ou humeurs) recélant l'agent pathogène, pour le tétanos il n'en est pas ainsi ; les produits recueillis sur un animal, sensible au tétanos, infecté au moyen des cultures pures, ne sont pas inoculables. La raison en est que le microbe, à l'état pur, ne se multiplie pas dans l'animal inoculé.

Il résulte encore de ce fait qu'une différence profonde existe entre la genèse du tétanos inoculé et celle du tétanos qui survient dans les conditions ordinaires de l'infection. Dans le premier cas on injecte, avec le microbe, la dose de toxine suffisante pour donner la maladie. Dans le second, les spores sans toxine déjà préparée souillent une plaie et doivent, avant de susciter la maladie, germer et élaborer le poison spécifique. Les faits ne sont pas similaires.

Ceci nous conduit à une autre difficulté. Etant donné l'ubiquité des germes du tétanos, leur abondance dans le sol et les autres milieux exté-

FEUILLETON

Note sur l'historique des injections intra-utérines,

Par le Dr Breucq (de Bayonne).

On s'est beaucoup occupé, dans ces dernières années, des injections intra-utérines ; elles ont eu leurs partisans et leurs détracteurs. Quelle que soit la valeur de ce moyen thérapeutique, dont, pour ma part, j'ai toujours eu à me louer, il est intéressant de connaître le nom du médecin qui, le premier, a osé porter le remède jusque dans la cavité de l'utérus.

Dans une thèse justement estimée, qui renferme l'historique le plus complet de la question (1), le docteur Joanny Rendu attribue le mérite de la découverte à Recolin (année 1757). Mais il me sera facile d'établir que longtemps avant Recolin un habile chirurgien saintongeais, nommé Ruleau, faisait des injections dans la matrice; il me suffira de citer quelques extraits du livre suivant : *Traité de l'opération césarienne et des accouchemens difficiles et laborieux*, par Ruleau, maître chirurgien juré à Xaintes, Paris 1704 (1). Je respecte l'orthographe de l'auteur.

(1) *De l'utilité des lavages intra-utérins antiseptiques dans l'infection puerpérale*, par le docteur Joanny Rendu, thèse de Paris, 1879.

Page 138: « *Observation importante.* — Quelques fois l'arrière-faix est si adherant à la matrice que le Chirurgien a bien de la peine à le tirer, c'est ce que j'ay observé en plusieurs femmes, et notamment à la femme d'un nommé Aubry Boulanger de cette Ville ; aprés qu'une matrône eût fait tous ses efforts pour la délivrer, sans y avoir pû reüssir, on me manda pour y travailler : Ayant introduit la main dans le fond de la matrice, je trouvay la plus grande partie du placenta adherante au corps de la matrice, et je reconnus qu'il étoit fort desseché; Comme il me fut difficile de le tirer en entier, j'en ostay la plus grande partie à plusieurs morceaux avec toute la douceur possible, ne voulant pas violenter cette partie, crainte de causer quelque hœmorrhagie, ou quelque inflamation dont la corruption auroit pû suivre; je me contentay d'user le plus promptement que je pûs d'injections dans cette partie, de faire des fomantations sur le ventre et donner quelques lavemens acres pour irriter la nature ; Enfin par ces remedes, le reste se détacha, sortit en trois ou quatre morceaux fœtides et corrompus, et la femme se porta mieux. »

Page 226 : « Ce n'est pas assez que d'avoir deli-

(1) La bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris possède un exemplaire de cet ouvrage qui est devenu très rare.

rieurs, la facilité avec laquelle ils peuvent arriver au contact des plaies, on ne concevait pas aisément la rareté réelle de la maladie. La raison en est peut-être bien simple. Nous venons de voir que la pénétration de l'agent pathogène ne provoque pas fatalement le tétanos ; certaines conditions sont nécessaires pour qu'il évolue dans les plaies, et d'autres, au contraire, ne lui permettent pas d'évoluer.

Les résultats négatifs de l'inoculation aux animaux, même à dose considérable, de bacilles, ou spores tétaniques sans toxine démontrent que le microbe seul ne peut pas produire la maladie. Mais il la provoque sûrement si on lui associe un organisme banal, comme le *Microbacillus prodigiosus*. Un moyen non moins propre à donner le tétanos sera d'infecter une plaie, puis de la laisser ouverte aux souillures extérieures. Cette condition est aisément réalisée en introduisant dans un décollement de la peau un fragment d'ouate imprégné de quelques spores sans toxine. La plaie béante est bientôt envahie par des microbes adventices, et toujours le tétanos survient.

Ainsi se trouve établi, avec le rôle des associations microbiennes dans la pathogénie du tétanos un fait nouveau dans l'histoire des maladies parasitaires.

Les germes pathogéniques actuellement connus agissent d'autant mieux et plus sûrement chez l'animal, qu'ils sont purs de tout mélange ; la première condition à réaliser, pour l'étude expérimentale de la maladie qu'ils provoquent, consiste donc dans l'isolement parfait du virus et son inoculation à l'état de pureté absolue. Tel n'est point le cas du tétanos ; le virus pur est inoffensif pour l'animal ; le virus impur est au contraire meurtrier. Seul, le microbe du tétanos est incapable de végéter dans les tissus d'un animal sain, mais il pullule si l'on fait intervenir simultanément d'autres microbes qui peuvent être ou banaux ou pathogènes. Ainsi s'expliquent les propriétés tétanigènes de la terre si riche en microbes divers, et l'inoculabilité des produits recueillis dans les plaies des tétaniques, où le bacille spécifique est toujours mélangé à des organismes qui ont favorisé sa pullulation. Mais cette inoculabilité des produits tétaniques a une limite, car l'on ne peut transmettre la maladie en séries indéfinies, contrairement à ce qui existe pour les autres affections parasitaires : c'est que les organismes d'impureté disparaissent dans les passages d'animal à animal, et le virus épuré devient incapable de végéter.

De plus, tous les microbes ne possèdent pas l'aptitude à faciliter le développement du bacille tétanique dans les plaies ; c'est seulement le propre de quelques-uns : aussi comprend-on l'inconstance des effets consécutifs à la souillure des plaies par la terre.

Outre les associations microbiennes, d'autres circonstances peuvent encore favoriser l'infection par le bacille tétanique : telle est l'action de certains agents chimiques sur les tissus (acide lactique, triméthylamine), telle est aussi la meurtrissure des muscles,

---

Sur les effets diurétiques du sucre de lait.

M. *Kianowski* a fait une série d'expériences cliniques dans le but d'étudier les effets diurétiques du sucre de lait d'abord sur des personnes bien portantes et sur des cardiaques, qui n'observaient aucun régime alimentaire, puis sur des malades soumis au régime auquel M. Germain Sée avait soumis ses malades quand il étudiait lui-même les effets diurétiques du sucre de lait. La dose de sucre de lait administrée chaque jour était de 100 grammes dans un litre d'eau bouillie.

Les conclusions de l'auteur sont que le sucre de lait, à la dose de 50 à 100 grammes par jour ne

---

vré la femme heureusement, et de voir que l'hæmorragie ou flux de sang soit cessé, il faut prendre garde que la rétention des vuidanges ne suive, ou qu'il ne reste quelques grumeaux de sang qui pourroient se corrompre et causer de fâcheux accidens et la mort même, ainsi que je l'ay vû arriver à quelques femmes, et depuis peu à une Dame de la première Qualité de cette Province, faute d'y avoir aporté les remedes necessaires, dans le temps qu'il faloit, pour prevenir ce malheur. — Je dirai sur ce sujet, qu'aiant esté appelé il y a prés de trente ans, pour voir la femme d'un Boulanger du Faux-bourg de Saint Pallais de cette Ville de Xaintes, laquelle avoit accouché assez heureusement dans une grande perte, cette perte cessa dés le moment qu'elle fut accouchée, néanmoins la fièvre ne laissa pas de survenir le lendemain avec une grande douleur de teste, des horreurs, et des frissons qui la travailloient beaucoup, c'est à raison de ces accidens que je fus mandé. L'ayant interrogée sur toutes les circonstances de son mal, je remarquay que les lochyes ou vuidanges ne couloient point du tout, et la trouvant fort mal je fis appeler Monsieur Yvon Medecin celebre dont j'ai déjà parlé, nous conferâmes ensemble et nous convinmes des remedes qui furent donnez dans tout l'ordre, mais sans aucun succès. Les accidens augmenterent : Le délire et la convulsion survinrent, et la mort suivit. Or comme j'avois remarqué en luy appliquant des ventouses sur les cuisses, qu'il exaloit de ses parties des vapeurs corrompuës et fætides, je crûs qu'il estoit resté quelque portion de l'arrière-faix, ou quelque faux germe qui avoit causé ce désordre : Je demanday à son mary aprés qu'elle fut decedée permission de l'ouvrir, et il nous l'accorda. Nous en fismes donc l'ouverture, et nous trouvâmes dans la matrice trois gros grumeaux de sang qui bouchoient si fort son orifice interne, qu'ils avoient empêché que rien ne pût sortir ; elle estoit remplie de quantité de sang pourri et tellement corrompu que nous n'en pouvions soutenir l'odeur. Nous remarquâmes que tout le dedans de cette matrice étoit alteré ; ce qui nous fit juger que la cause de la mort de cette femme, n'avoit esté autre que la retention de ce sang coagulé, qui empêchoit que les lochies ne coulassent, et s'estant corrompu par le séjour dans cette partie avoit alteré la matrice et causé tous ces accidens, et enfin la mort. J'ay fait une pareille observation à l'ouverture d'une autre femme dont le sort ne fut pas meilleur, et pour laquelle on s'estoit servy de semblables remedes. Cela m'a obligé depuis à faire une sérieuse attention sur l'état de cette maladie, et à chercher d'autres moyens pour y remedier. Enfin ayant jugé que les injections dans la matrice y conviendroient fort bien tant pour fortifier ces parties et pour dis-

produit pas toujours des effets diurétiques ; par conséquent, il ne constitue pas une acquisition sérieuse de la thérapeutique. Il n'agit pas du tout sur le cœur. Le traitement par le sucre de lait est souvent compliqué de troubles gastro-intestinaux. Le régime alimentaire n'influence pas les effets diurétiques du sucre de lait.

MÉDECINE PRATIQUE

Diagnostic et traitement de la syphilis cérébrale.

I

L'infection syphilitique est souvent la cause directe ou indirecte des troubles des fonctions du cerveau et de la moelle épinière ; les médecins ne l'ignorent pas, tout en oubliant quelquefois d'en tenir compte dans la pratique, le public le sait également. Aussi est-on assez souvent consulté par d'anciens syphilitiques inquiets d'éprouver certains symptômes nerveux. J'en ai vu tout récemment deux dans le même jour, qui, ayant été traités pour la syphilis et même trop traités, éprouvaient des troubles nerveux très divers imputables, non pas à la syphilis, mais à des désordres dyspeptiques résultant de l'abus du mercure et de l'iodure, et au syndrome neurasthénique.

Un double écueil existe pour le médecin à propos de la syphilis : la méconnaître en présence de certains accidents nerveux et ne pas faire bénéficier le malade de la thérapeutique spécifique qui seule peut le sauver,— lui imputer certains autres troubles qui ne lui appartiennent pas directement, bien qu'elle ait pu jouer vis-à-vis d'eux le rôle de cause occasionnelle ou, comme dit M. Charcot, d'agent provocateur, et les aggraver en prétendant les guérir par la médication iodo-mercurique.

Le moyen d'éviter cette double erreur est de connaître avec précision les symptômes de la syphilis cérébrale aujourd'hui bien établis par les travaux de Fournier, Lancereaux, Charcot, Mauriac, etc., afin de ne pas confondre avec eux l'hystérie et la neurasthénie qui se montrent fréquemment chez les anciens syphilitiques.

Ces deux névroses peuvent coexister avec la syphilis, soit qu'elles l'aient précédée, soit qu'elles se soient développées sous l'influence du branle-bas causé dans le système nerveux par l'évolution de la maladie infectieuse, soit enfin qu'elles aient été provoquées par un traitement excessif ou mal conduit : ici encore on peut incriminer, suivant les cas, deux influences ; le mercure, dont le maniement professionnel provoque assez souvent l'hystérie toxique et qui pourrait bien agir de même, quand on l'emploie thérapeutiquement d'une manière abusive, et les troubles gastriques auxquels conduit trop souvent la médication iodo-mercurique prolongée.

II

La syphilis peut provoquer des accidents nerveux dans sa *période secondaire*, les uns, les plus fréquents, remarquables par leur diffusion, leur faible intensité, leur courte durée, imputables à l'action toxique exercée par le virus en circulation dans le sang sur les cellules nerveuses et les nerfs ; — les autres, plus rares, localisés par suite d'une compression dont l'agent est un ganglion augmenté de volume, une périostose ou une exostoxe.

Pour procéder par énumération rapide, on peut observer la faiblesse générale, la torpeur, l'hébétude, des troubles sensoriels (éblouissements, mydriase, amblyopie ; — bourdonnements auriculaires, otalgie, dureté de l'ouïe), les troubles du sommeil par insomnie ou cauchemars, et surtout une céphalée remarquable par ses paroxysmes noc-

---

soudre et dilater ce sang retenu, que pour déterger et empêcher la corruption ; je l'ay fait, et ce remede m'a trés bien réussi toutes les fois que je m'en suis servi. J'en conseille l'usage aprés les belles expériences que j'en ay faites à des femmes du Commun et à des personnes de la première Qualité ; ce qui est sçû de toute la Province. »

Page 233 : « Je ne sçaurois passer sous silence, ce qui est arrivé à Madame la Presidente et Lieutenante-Generale de la Ville de Xaintes. Cette Dame revenant de la Campagne dans son carrosse, fut saisie d'une frayeur extrême de ce que ses chevaux prirent le mords aux dents. Le mouvement qu'ils donnerent au carrosse avant qu'on pût les arrester, fut si violent, que Madame la Presidente en fut blessée : Elle étoit grosse de quatre ou cinq mois, et cet accident luy causa une grande perte de sang ; Les Médecins et son Chirurgien vinrent pour la soulager ; mais comme cette perte continuoit toujours on m'envoya chercher pour accoucher la malade. Aprés avoir examiné si elle pourroit supporter l'operation, je la trouvay accompagnée de symptômes si considerables, que je crus qu'elle courroit risque de mourir entre mes mains : Je le dis à Messieurs les Medecins et au Chirurgien, et tous me répondirent qu'il n'y avoit point d'autre moyen pour arrester cette perte de sang. Je ne voulus rien entreprendre sans le consentement de Monsieur son Epoux. Dés que je le vids du sentiment de ces Messieurs, je mis la main à l'œuvre avec le plus de dexterité qu'il me fut possible. On peut juger combien j'ay eu de peine à réussir, puisque les voyes ordinaires n'étoient point dilatées, et que je ne pouvois d'abord introduire le doigt dans la matrice. Je ne voulus rien precipiter ; Avec un peu de patience, je conduisis l'ouvrage à sa perfection, et le flux de sang cessa un moment aprés. Tous crierent victoire, mais je dis à Messieurs les Medecins qu'il faloit faire des injections dans la matrice pour délayer quelques grumeaux de sang qui ont coutume d'y rester, et pour la fortifier, parce qu'elle soufre ordinairement dans de semblables operations. Ils me répondirent qu'il n'étoit point nécessaire de rien innover, que c'estoit l'ouvrage de la nature, qu'elle estoit sage, et que la malade n'avoit aucune tension à son ventre, ni qu'elle ne ressentoit aucunes douleurs : On la laissa donc reposer, et elle fut assez tranquille depuis les cinq heures du matin jusques au lendemain. Les vuidanges n'ayant point paru pendant tout ce temps-là, j'en tiray un mauvais augure ; En effet la fièvre survint à nostre malade ; Messieurs les Medecins luy firent prendre le quinquina, et le troisiéme jour, voyant qu'il ne faisoit rien, ils ordonnerent une saignée du pied. Enfin voyant qu'elle ne réussissoit pas mieux, ils me proposerent de faire les injections dont je leur avois parlé ; mais il

turnes, céphalée assez caractéristique, moins cependant que celle qui prélude aux accidents cérébraux tertiaires. On peut rencontrer encore des névralgies du trijumeau, du plexus cervical ou brachial, du nerf sciatique. Il peut exister des troubles de la sensibilité, analgésie, anesthésie au contact, à la température, des troubles vasomoteurs (bouffées de chaleur, algidité, hyperhydrose).

Pour cet ordre de symptômes sensoriels et sensitifs, il faut déjà se tenir en garde contre le mélange d'hystérie qui peut se manifester sous l'influence de l'invasion de l'agent infectieux. Quoi qu'il en soit, à cette période, il y a moins à s'en préoccuper au point de vue de la thérapeutique. La coexistence des plaques muqueuses, des syphilides cutanées, de l'alopécie, des douleurs ostéocopes constitue l'indication formelle au traitement spécifique, et ce qui est imputable à l'hystérie est secondaire ; il sera temps d'y parer quand l'infection sera enrayée.

Si des manifestations convulsives surviennent, elles seront hystériformes ou épileptiformes : la plupart du temps, c'est à l'éveil de la névrose hystérique qu'elles seront attribuables ; quelquefois à une périostose de la table interne d'un pariétal ou d'un temporal.

Quelques paralysies du facial, des moteurs oculaires pourront être la conséquence d'exostoses ou de périostites se produisant sur le trajet de ces nerfs.

Mais c'est à la période tertiaire de la syphilis que les accidents cérébraux sont importants à considérer, parce qu'alors on est souvent loin du début de l'infection, que celle-ci a été parfois méconnue et que par conséquent on peut omettre d'instituer la thérapeutique convenable.

III

Les accidents cérébraux tertiaires de la syphilis sont assez fréquents, puisqu'ils se montrent chez 1/10e des syphilitiques et représentent le quart des cas de tertiarisme (Fournier).

Ils peuvent être plus précoces qu'on ne le croit en général, puisqu'ils peuvent débuter au bout de 7 à 8 mois ; par contre, ils se montrent quelquefois vingt et trente ans après l'accident initial.

Il est impossible de prévoir, d'après la gravité et l'intensité des accidents du début, s'il y aura des accidents nerveux tardifs ou graves ; on peut dire cependant que la syphilis, frappant des individus à antécédents névropathiques personnels ou héréditaires, a plus de chances de provoquer chez eux des manifestations nerveuses. N'a pas la syphilis cérébrale qui veut. Beaucoup de sujets qui en sont atteints étaient prédisposés par hérédité aux affections cérébrales vulgaires. On a cité comme causes prédisposantes ou occasionnelles à la localisation du virus syphilitique sur les centres nerveux le surmenage cérébral et médullaire, l'alcoolisme, les émotions morales violentes et réitérées telles que celles du siège de Paris (Fournier), le froid, les traumatismes.

Les diverses manifestations de la syphilis tertiaire dans le système nerveux dépendent de lésions des méninges et de l'encéphale, des premières surtout, et ces lésions sont d'une part les gommes et l'inflammation à tendance scléreuse ; de l'autre, l'artérite sous forme d'une endartérite oblitérante ou d'une périartérite qui favorise la production d'anévrysmes et prépare des lésions banales telles que l'hémorrhagie ou le ramollissement ischémique.

Les manifestations cliniques diverses qui résultent de ces lésions ont été groupées par M. Fournier pour la commodité de l'enseignement didactique en 6 formes : céphalalgique, congestive, convulsive ou épileptique, aphasique, mentale et paralytique.

Ces six formes sont d'ailleurs le plus souvent

---

estoit trop tard, la malade succomba et mourut le cinq ou sixième jour. — J'ay raporté cet Exemple pour avertir les jeunes Chirurgiens qui s'adonnent à la pratique des Acouchemens, de se servir de ces injections afin de prevenir de pareils accidens ; Car je puis asseurer qu'elles sont trés éficaces, et qu'elles m'ont toûjours bien réussi, particulierement dans l'acouchement de Madame de Gelaud en pareille rencontre, de Madame de Fennioux, de Madame de la Roche Courbon, de plusieurs autres Dames de Qualité, et tout recemment dans celui de la femme de Monsieur de la Tasche, Officier dans l'Election de Xaintes, abandonnée des Medecins, et à qui le même accident estoit arrivé qu'à Madame la présidente de Xaintes. »

Les intéressantes observations qu'on vient de lire montrent d'une manière évidente que le nom du chirurgien saintongeais doit figurer dans l'histoire des injections intra-utérines.

Après avoir réparé cet oubli des auteurs, j'aurais voulu pouvoir attribuer à mon compatriote l'honneur de la priorité (1) ; mais après de nouvelles recherches, également inédites, je dois déclarer que cet honneur revient à Sanctorius (1625), le promoteur du système médical connu sous le nom d'*iatromécanisme*.

Sanctorius donne, en effet, la description, la figure et le mode d'emploi d'un appareil de son invention au moyen duquel on peut faire des injections dans la matrice (1) :

« Figura continet duo instrumenta per anu-
« lum unita, separabilia tamen, nempè tubum, et
« oris uteri speculum : tubus est longus, et exilis
« affixus folli quo clysteres injiciuntur. Secundum
« instrumentum est uteri speculum, quod exilè
« tubum amplectitur. Nos utimur his instrumen-
« tis hoc modo, prius cum digito indice sinistræ
« manus perquirimus os uteri : quo invento pau-
« latim instrumenta digiti auxilio in os intromit-
« timus : sed quia sepissimè accidit, quod tubus
« ob oris plicas non possit penetrare in uteri cavi-
« tatem : nos constringendo speculi manubria ubi
« M dilatamus os, quo dilatato commodè tubus
« solus ubi O absq (2) speculo in cavitatem im-
« pellitur : inde duo maxima beneficia habemus :
« primum est quod extracto à folle manubrio, aqua
« uteri tota egrediatur. Secundum per dictum tu-
« bum possunt intromitti aquæ thermales, et
« decocta varia sicuti sunt detergentia pro sanan-
« dis ulceribus, et aliis uteri affectibus, qui tam
« quam insanabiles ab aliis medicis relinquuntur. »

(1) L'auteur de cette note est né au Château-d'Oléron (Charente-Inférieure).

(1) *Sanctorii Commentaria in primam fen primi libri Canonis Avicennæ*, Venetiis 1625, in-f°, colonne 435 et col. 652. — Paris, Bibliothèque nationale.

(2) Lisez : *absque* (sans).

associées et mêlées en formes mixtes : ainsi la céphalalgie, qui peut exister seule pendant longtemps et disparaître le jour où un traitement convenable est institué, est d'ordinaire le prélude des autres formes et doit surtout être considérée comme un moyen de diagnostic et l'avertissement le plus précieux ; car elle disparaît pour faire place aux accidents convulsifs, paralytiques ou mentaux.

Tous les syphiliographes et neuropathologistes, M. Charcot comme M. Fournier, ont insisté sur les caractères spéciaux de la *céphalée syphilitique tertiaire*, tant leur importance est grande. C'est un mal de tête *atroce* par son intensité et sa persistance ; la douleur de tête est plus profonde que celle qui accompagne les accidents secondaires ; elle est gravative, peut cesser le jour ou ne plus consister qu'en un endolorissement sourd, mais augmente chaque soir pour acquérir une telle violence la nuit qu'elle prive le malade de tout sommeil, l'oblige à se lever, à errer dans l'appartement en criant et en pleurant et va jusqu'à le faire songer au suicide. Frontale ou temporale, cette céphalée peut durer sans interruption des mois, des années, avec irradiations vers le sinciput et l'occiput, rebelle à tout traitement autre que le traitement spécifique. Puis il arrive qu'un beau jour cette céphalée, qui avait résisté à toutes les médications, disparaît spontanément, mais alors souvent éclatent les accidents les plus graves, l'épilepsie ou la paralysie, l'aphasie, suivant la localisation de la pachyméningite qui est la cause de cette céphalée. On ne peut pas dire que toutes les céphalées analogues à celles que je viens de décrire soient syphilitiques, puisque M. Charcot a signalé des cas de céphalée hystérique rappelant la céphalée syphilitique d'une façon frappante, mais il faut toujours songer à la syphilis et la rechercher dans les commémoratifs quand on est en présence d'une céphalée semblable, de même qu'on doit toujours penser à la syphilis quand on trouve chez un adulte l'épilepsie partielle ou l'hémiplégie chez un sujet jeune sans lésion cardiaque.

La *forme congestive* est caractérisée par les ictus apoplectiformes, les accès comateux.

La *forme convulsive* revêt rarement l'apparence d'un ictus épileptique sidérant sans prodromes. Il n'y a pas de cri initial ; l'aura est habituelle, réduite quelquefois à des bâillements, fourmillements ou engourdissements dans les doigts. On rencontre les ébauches avec tremblement, spasme pharyngo-laryngien et œsophagisme. Plus souvent, c'est l'épilepsie partielle, consistant en convulsions cloniques monoplégiques ou hémiplégiques avec sensations subjectives douloureuses partant du point où commencent les convulsions, avec conservation de la conscience, du moins pendant la plus grande partie de l'attaque. Les accès épileptoïdes deviennent en général de plus en plus fréquents.

Dans les intervalles qui les séparent peuvent se montrer des troubles de l'idéation : des inconsciences passagères survenant par accès (petit mal, vertige, extase) avec délire et impulsions qui présentent un haut intérêt médico-légal. Chez les individus dont les accès convulsifs ou vertigineux se multiplient, la déchéance des facultés intellectuelles s'établit progressivement : mémoire, aptitude au travail, sentiments affectifs sont diminués.

Les accès convulsifs peuvent laisser après eux des paralysies passagères de l'oculo-moteur commun, du facial, de l'amaurose, une monoplégie brachiale ou une hémiplégie transitoire.

Forme paralytique.— Les *paralysies* peuvent être partielles, incomplètes, ébauchées, succédant à des convulsions, à la céphalée, ou accompagnant l'aphasie. Les nerfs sensoriels peuvent être atteints : perte de l'odorat, du goût ; hyperacuité auditive suivie d'une surdité, surtout troubles visuels, amblyopie croisée, hémianopsie symétrique, névro-rétinite avec achromatopsie, amaurose et sensations lumineuses subjectives, se manifestant d'une façon intermittente.

Les paralysies des muscles de l'œil partielles, incomplètes parce qu'elles frappent les noyaux d'origine isolément et mobiles, se succédant les unes aux autres, sont très fréquentes, même en dehors de l'ataxie locomotrice qu'elles annoncent si souvent.

On reconnaîtra la paralysie du moteur oculaire commun aux symptômes suivants : strabisme divergent, diplopie croisée, blépharoptose, mydriase, diminution ou abolition du pouvoir accommodateur ; — la paralysie du moteur oculaire externe, au strabisme convergent avec diplopie homonyme. La mydriase peut exister seule en dehors de toute autre paralysie.

Mais l'*hémiplégie* est le grand symptôme de la forme paralytique ; son début est habituellement lent et progressif, sans perte de connaissance complète ; on n'observe presque jamais d'incontinence vésicale. Les muscles atteints sont plutôt parésiés d'ordinaire que paralysés complètement. La sensibilité et les réflexes sont intacts, s'il n'y a pas coexistence de troubles hystériques, ou s'il n'y a pas hémianesthésie par lésion de la capsule interne au niveau du carrefour sensitif. Dans ce cas la cause est une hémorrhagie ou un ramollissement plutôt qu'une gomme. La lésion est alors vulgaire, elle produit la contracture secondaire des membres paralysés comme dans l'hémorrhagie par anévrysmes miliaires et la nécrobiose par athérome.

La paraplégie, quand il n'y a pas de gomme médullaire, a pu être exceptionnellement la conséquence de gommes symétriques siégeant dans les deux hémisphères au niveau de la partie supérieure des circonvolutions rolandiques ou des lobules paracentraux.

Au point de vue de l'épilepsie partielle et de l'hémiplégie, rien n'est plus instructif que la connaissance de deux cliniques faites récemment sur ce sujet par M. Charcot et recueillies par son interne M. Souques (*Bulletin médical*).

Le professeur y retrace brièvement ce que l'anatomie pathologique nous a appris sur les lésions de la syphilis cérébrale. Ce sont le plus souvent des lésions de la base et de la région fronto-pariétale, isolées ou associées et portant en règle générale sur les méninges. D'après Virchow, Rumpf, Oppenheim, une substance gélatineuse, transparente, s'infiltre dans l'hexagone de Willis, et autour du chiasma des nerfs optiques. C'est un tissu composé de très petites cellules embryonnaires, dans lequel les vaisseaux s'oblitèrent sur certains points et produisent cette dégénération caséeuse qui caractérise les gommes à un certain stade de leur évolution, tandis qu'à la périphérie la plaque gommeuse a subi la transformation fibreuse.

Ce sont, en effet, des plaques gommeuses plutôt que des tumeurs arrondies et circonscrites, des

lésions en nappes, des lésions superficielles en tout cas qui n'affectent d'abord la substance corticale cérébrale et les organes voisins que par irritation du voisinage. Mais à un degré plus avancé se produisent des altérations plus graves, l'artérite oblitérante étudiée par Heubner, qui peut conduire soit à la production d'anévrysmes dont la rupture sera la cause d'hémorrhagies plus ou moins redoutables, soit à un ramollissement plus ou moins profond de la substance cérébrale elle-même.

Quand il n'existe encore que l'infiltration gommeuse de la région basilaire et du chiasma, les nerfs optiques, les nerfs moteurs de l'œil s'y trouvent englobés, ils subissent des lésions de compression ou d'infiltration qui se traduisent cliniquement soit par la paralysie des muscles de l'œil, soit par la névrite optique. Voilà pour les lésions de la base.

Du côté de la convexité du cerveau il en peut exister soit surajoutées aux précédentes, soit contemporaines. Elles affectent surtout la région fronto-pariétale. Ce sont aussi des altérations méningées, des gommes en nappe. Les plaques gommeuses d'abord en général pachyméningées, envahissent la dure-mère qui se montre au voisinage très vascularisée comme la dure-mère elle-même, et quelquefois il y a adhérence de la méninge à la substance corticale encéphalique.

L'étude des localisations cérébrales nous a appris que toute lésion irritative de cette région dite psycho-motrice ou rolandique parce qu'elle borde le sillon de Rolando et la scissure de Sylvius, peut provoquer des accidents convulsifs épileptoïdes limités à certaines parties du corps, face, membres supérieurs ou inférieurs et que les lésions destructives de cette même région produiront la paralysie de ces parties. L'épilepsie partielle, débutant par la face ou par un membre pour se généraliser plus ou moins, correspond donc à une altération des méninges ou des circonvolutions de la zone rolandique. Si la lésion siège à la surface des circonvolutions fronto-pariétales ascendantes dans la partie supérieure, le début des secousses épileptoïdes se fera par le membre inférieur, par la face si elle siège dans la partie inférieure, par la main et le membre supérieur si elle siège sur la partie moyenne de ces mêmes circonvolutions. Localisée au pied de la 3e circonvolution frontale ou à l'insula, la lésion produira l'aphasie dans ses différentes formes; telle autre des localisations mises en lumière par Ferrier, Charcot, Horsley, etc., produira l'hémiopie, divers troubles intellectuels, l'amnésie.

Mais, pour en revenir à l'épilepsie partielle, elle commence souvent par une aura, sensation d'engourdissement et de faiblesse de la main; des secousses convulsives débutent par un doigt, gagnent les autres, puis l'avant-bras et le bras; souvent alors le malade perd connaissance, tombe pendant que les secousses cloniques continuent à gagner le membre inférieur et la face, qu'il y a miction involontaire et morsure de la langue. D'autres fois le malade assiste en pleine conscience à toute la durée de l'attaque. On doit considérer cette épilepsie partielle comme curable quand elle n'est accompagnée d'aucun trouble permanent du mouvement dans le membre mis en jeu par les convulsions épileptiformes. Une légère parésie transitoire se montrant après l'attaque convulsive ne doit pas être de fâcheux présage. Mais lorsqu'une hémiplégie permanente complique l'épilepsie partielle, si on trouve dans le côté paralysé de la rigidité, de la contracture, une exaltation des réflexes avec trépidation spinale, on doit prévoir que la dégénération secondaire des hémiplégiques avec atrophie, telle que l'ont décrite MM. Charcot et Brissaud, va succéder au ramollissement inflammatoire ou ischémique de l'écorce de cause non syphilitique, tout aussi bien que si les mêmes lésions siègent dans la capsule interne, se compliquant alors d'hémi-anesthésie.

La *forme aphasique* est rarement pure; les différentes variétés: cécité verbale et surdité verbale, agraphie, alexie, glossoplégie s'observent avec une monoplégie ou une hémiplégie. M. Mauriac a observé l'aphasie d'abord intermittente avant d'être définitive.

La *forme mentale* comprend les désordres intellectuels avec hypochondrie et dépression ou exaltation maniaque, pseudo-paralysie générale. La question des rapports de la paralysie générale vraie (méningo-péri-encéphalite diffuse) avec la syphilis est encore l'objet de discussions passionnées parmi les aliénistes.

IV

Une mention particulière doit être réservée à la *syphilis cérébrale héréditaire de l'enfance* qui, comme celle de l'adulte, reconnaît pour causes anatomiques isolées ou associées les gommes, la sclérose des méninges et de l'encéphale, l'artérite avec ses conséquences, les foyers hémorrhagiques et nécrobiotiques; l'hydrocéphalie n'est pas rare. On admet trois formes: la forme *céphalalgique* la plus fréquente, associée souvent aux autres qu'elle devance, la forme *épileptique* et la forme *mentale* dans laquelle peuvent dominer les troubles intellectuels ou les troubles moraux. Les symptômes congestifs se montrent d'une façon intermittente, consistant en vertiges, bourdonnements, paralysies oculaires (surtout ptosis et mydriase). L'hémiplégie est rare chez l'enfant du fait de la syphilis, tandis qu'elle est fréquente dans les autres encéphalopathies de cet âge.

La plus embarrassante des combinaisons de symptômes que puisse revêtir la syphilis cérébrale infantile est celle qui simule la méningite tuberculeuse par les changements du caractère, la céphalée, les convulsions. Pour éviter la confusion on aura bien souvent à se remettre en mémoire les autres symptômes de la méningite tuberculeuse, fièvre, pouls inégal, intermittent, ventre en bateau avec constipation opiniâtre, vomissements, photophobie, cris, grincements de dents et trismus, amaigrissement plus rapide; mais on n'arrive pas toujours à la certitude.

Aussi est-ce un axiome de thérapeutique infantile de donner toujours à un enfant qui présente le syndrome méningitique le bénéfice d'une syphilis héréditaire, même hypothétique, en lui faisant un traitement iodo-mercurique. Mais, pour ma part, je l'ai fait bien des fois et j'attends encore le cas où surviendra un résultat favorable.

Syphilis cérébrale héréditaire de l'adulte. — Mais la syphilis héréditaire peut frapper le cerveau beaucoup plus tard que dans l'enfance, puisque la malade dont M. Charcot rapportait récemment l'observation comme exemple d'épilepsie partielle syphilitique curable avait 30 ans, et cependant c'est à l'hérédité qu'elle devait sa syphi-

lis, ainsi que l'a montré le professeur en reconstituant ses antécédents et par l'examen des stigmates. Ceux-ci consistaient en une névrite optique et une atrophie choroïdienne qu'Hutchinson et Fournier considèrent comme un des attributs de la syphilis héréditaire tardive. Vers l'âge de sept ans elle avait eu des croûtes dans les cheveux, de l'adénopathie cervicale ; à 14 ans une rhinite ulcéreuse avec jetage, hémorrhagies nasales et expulsion en plusieurs fragments d'un des cornets du nez. Cette femme était en outre un exemple d'association de l'hystérie à la syphilis cérébrale. En plus de ses accidents épileptoïdes, elle avait une diminution de la sensibilité et un rétrécissement concentrique du champ visuel. Dans sa famille on relevait l'hérédité névropathique (hystérie, paralysie infantile, aliénation).

V

La thérapeutique de la syphilis cérébrale se résume dans l'axiome émis par M. Fournier et Charcot : *il faut frapper vite et fort*. Sans perdre un jour, sans perdre une heure, instituez le traitement *mixte*.

L'iodure ne suffit pas ; il faut y joindre les frictions mercurielles qu'on fera alternativement dans les plis inguinaux, poplités et axillaires. La friction est faite le soir avec gros comme une petite noix d'onguent napolitain pendant plusieurs minutes, on en laisse une couche adhérente, on recouvre de taffetas gommé. Le lendemain on lave la région frictionnée à l'eau chaude et au savon pour prévenir l'hydrargyrie locale.

On surveillera les gencives avec soin, les frictions prédisposant à la stomatite plus que tout autre procédé de mercurialisation. Les gargarismes et les poudres dentifrices antiseptiques seront employés après chaque repas ; l'accumulation du tartre dentaire et des débris alimentaires favorise la salivation mercurielle.

L'iodure de potassium sera commencé à 3 gr. et porté rapidement à 5 et 6 gr. voire à 10 et 12 gr. dans les cas graves et rebelles. On établira la tolérance par l'usage du lait, l'abstention d'alcool et de vin, et l'antisepsie intestinale (naphtol et salicylate de bismuth), comme l'a montré M. Féré à propos de la bromuration des épileptiques — ce qui est vrai de l'ioduration. L'iodure sera donné en lavements en cas d'intolérance gastrique. Si l'administration du mercure en frictions devait être trop lente ou mal exécutée, on pourrait utiliser les injections sous-cutanées de calomel ou d'huile grise (méthodes de Smyrnof et de Scarenzio).

Mais, comme je le disais en commençant, il existe toute une catégorie d'anciens syphilitiques qui, soit par abus thérapeutique, soit par l'action même de la syphilis ayant éveillé la névrose, se plaignent d'une foule de troubles nerveux n'ayant rien qu'une ressemblance grossière avec la syphilis cérébrale.

Ceux-là sont des hystériques ou des neurasthéniques ; ils ont la céphalée en casque modérée et constante sans paroxysme nocturne, l'anesthésie, la dilatation gastrique avec son cortège dyspeptique ou bien l'hémianesthésie, l'anesthésie pharyngienne, la dyschromatopsie, etc. Ils ont lu de mauvais journaux de vulgarisation stupide où sont dépeintes les conséquences effroyables des syphilis méconnues ou de vrais livres de médecine qu'ils n'ont pas compris.

Ceux-là, ils ont été bourrés pendant des années d'iodure et de mercure ; gardez-vous de leur en donner encore. Ce qui les guérira, c'est la thérapeutique morale, la suggestion en sens contraire par une parole autorisée et sûre d'elle-même, c'est surtout l'hydrothérapie, la distraction et la strychnine.

P. Le Gendre.

TRAVAUX ORIGINAUX

Transfusion de sang de chèvre à un tuberculeux,

Par le Dr Bompard, de Vitry.

Samedi 7 février, à l'hôpital général de Vitry-le-François, une *transfusion* de sang de chèvre a été faite par M. le docteur Bompard, médecin en chef de l'établissement, à un tuberculeux au 3e degré. Le malade était dans un état d'affaiblissement extrême, ne pouvait se lever, et ne prenait pour toute nourriture que quelques cuillerées de café ; tout le reste était rejeté par les vomissements. La respiration était haletante, le teint cyanosé ; de plus, une douleur de l'articulation scapulo-humérale droite empêchait tout mouvement du bras. — Quarante grammes de sang de chèvre furent transfusés dans la veine céphalique droite à l'aide du transfuseur de Collin. Immédiatement le visage de l'opéré se cyanose au point de devenir presque noir, sa respiration devient plus haletante encore, le pouls petit et misérable, et une sueur froide lui inonda le visage. Ces symptômes alarmants ne durèrent que quelques secondes, et bientôt tout rentra dans l'ordre. — Moins de deux heures après l'opération, le malade accusait un bien-être qu'il n'avait pas ressenti, disait-il, depuis longtemps ; la douleur de l'épaule avait complètement disparu ; le pouls était ample, régulier, et battait 100 fois à la minute. La température rectale prise à plusieurs reprises dans la journée n'a pas dépassé 38°2. Dans le courant de l'après-midi le malade urina environ un litre d'une urine très foncée, presque noire, paraît-il, mais qui malheureusement avait été jetée avant l'arrivée du médecin. Les urines rendues le soir et le lendemain étaient absolument normales.

Aujourd'hui 10 février, son état général est tel que cela tient en réalité du prodige. L'appétit est excellent et les digestions faciles ; les forces sont revenues et le malade peut se lever et se promener dans les salles ; la toux a considérablement diminué ainsi que l'expectoration : la cyanose et l'oppression ont disparu. En un mot, pour tous ceux qui ont vu le malade avant et après la transfusion, c'est une véritable résurrection.

Le mieux persistera-t-il ? Il est permis d'en douter ; mais en présence d'un semblable résultat dans un cas aussi désespéré il paraît légitime de tenter d'autres expériences.

Un autre malade à qui M. le docteur Bompard a injecté dans le tissu cellulaire du dos 15 grammes de sang de chèvre a accusé aussi un mieux sensible : mais c'était un tuberculeux au 1er degré.

HYGIÈNE ET POLICE SANITAIRE

La direction du journal le *Concours Médical* veut aujourd'hui combler une lacune. Soucieuse d'augmenter en faveur de ses nombreux abonnés de Paris et de province l'intérêt toujours croissant de sa feuille hebdomadaire, elle veut ajouter aux questions médicales de pure pratique ou de déontologie professionnelle, une série de comptes-rendus touchant l'hygiène et la police sanitaire ; laissant de côté tous les travaux d'expérimentation ou de technique, elle tient, pardessus tout, à donner, chaque quinzaine aux praticiens ses lecteurs, un aperçu aussi succinct que possible des questions d'hygiène à l'ordre du jour dans nos Sociétés savantes ; et c'est dans un organe officiel : « la *Revue d'hygiène et de police sanitaire* », qu'elle compte chercher et trouver les matériaux de cette étude.

Quoi de plus passionnant, en effet, que de voir et de suivre dans notre pays, l'évolution de cette hygiène scientifique et pratique dont l'éminent professeur de Munich, M. de Pettenkofer, a si bien tracé les voies ! Quoi de plus consolant pour l'avenir que de constater cette renaissance de l'hygiène officielle, naguère si peu encouragée, voire même battue en brèche par les pouvoirs publics, mais aujourd'hui s'affirmant par les Expositions, par les Congrès, par les bureaux d'hygiène, par les laboratoires d'inspection, par la transformation de nos maternités, par celle du service des eaux, des latrines, des égouts,... et enfin par les mesures de prophylaxie, d'isolement et de désinfection...

Le temps n'est plus aux vaines espérances. Les Bouchardat, les Proust, les Rochard, les Napias, les Martin, les Pietra-Santa, les Drouineau ont codifié leurs travaux. Les Sociétés d'hygiène de Paris et de province rivalisent. La *Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle*, entre autres, voit chaque jour son influence et son autorité prendre une extension qui la rapproche des pouvoirs publics. Aussi, espérons-nous que, dans un avenir prochain, nous n'aurons, en matière d'hygiène publique et privée, rien à envier aux autres nations.

I

A. La *Revue d'hygiène et de police sanitaire* du 20 janvier 1891 nous donne, entre autres travaux destinés à être analysés plus tard, un aperçu du Dr A. J. Martin sur *la police et la protection des eaux au point de vue de la salubrité et de l'hygiène.*

Une nécessité s'impose au législateur, en France comme à l'étranger. Intéressant au plus haut point la salubrité et l'hygiène des villes et des campagnes, cette nécessité serait d'empêcher la pollution des eaux et notamment des eaux servant à l'alimentation.

Malheureusement, cette question est loin d'être fixée par la jurisprudence actuelle. Les préfets et les maires reçoivent bien des instructions relatives aux immondices et souillures versées dans les cours d'eau ; mais en fait de sanction, la loi se dérobe, parce que, dans la majorité des cas, et malgré des peines sévères édictées, le législateur ou plutôt le chef de la municipalité se trouve en lutte avec les intérêts immédiats de propriétaires ou d'industriels, ayant intérêt à conserver le statu quo.

Notre législation sanitaire, en effet, ne s'est guère occupée jusqu'ici que du déversement direct des vidanges ou immondices dans les cours d'eau. La loi n'a pas encore prévu les dangers qui pourraient résulter non pas des exhalaisons provenant des épandages de vidanges sur les champs, mais de la contamination possible des eaux avoisinantes ou du sous-sol par ces vidanges. — C'est ici que se place le droit du propriétaire de fumer ses terres avec les immondices des villes, et c'est là que s'arrêtent les pouvoirs publics, entravés par les limites du droit commun.

Il importe donc au plus haut point que les pouvoirs donnés au maire soient nettement précisés afin qu'il ne les excède jamais, et nous conclurons avec le Dr Martin qu'il y a nécessité et urgence d'obtenir du Parlement le vote de *dispositions* légales permettant de préserver de toute souillure directe ou indirecte les eaux destinées à l'alimentation, afin d'assurer leur pureté, tout en étudiant le régime qui pourrait convenir à l'épandage, sur *certains sols*, des vidanges ou immondices destinés à la fumure.

B. — Dans sa séance du 22 décembre 1890, présidée par le Dr Lagneau, la *Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle*, poursuivant la discussion sur la désinfection à Paris, nous fait savoir, par l'organe de MM. Martin et Josias, où en est cette intéressante question.

Certaines mairies, n'ayant pas encore reçu notification officielle de la création de centres de désinfection, paraissent les ignorer et éconduisent les personnes qui viennent y demander des renseignements .... Cependant, des démarches sont faites actuellement près de la préfecture de la Seine pour que ces nouveaux services, si précieux en tout temps, puissent fonctionner d'une façon permanente et entrer définitivement dans nos mœurs.

Jusqu'à nouvel ordre, sur les affirmations de M. Schmidt, les particuliers devront s'adresser aux secrétaires des Commissions d'hygiène, qui eux sont au courant du service de désinfection. — De plus, qu'on se rappelle que trois étuves à désinfecter fonctionnent à Paris, rue du Château-des-Rentiers, quai Valmy, et rue de Chaligny. — Des instructions précises ont été données pour que le personnel de ces établissements pratique la désinfection dans les 24 heures qui suivent toute demande. Aussi avons-nous tout lieu d'espérer que bientôt le public comprendra tout l'intérêt qu'il y a pour lui-même, dans ces moyens de prophylaxie et d'assainissement.

Dr Morice (de Néris),
Membre de la Société de méd. publ. et d'hyg. professionnelle.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

Dr Trinquier, d'Arles (Bouches-du-Rhône), présenté par M. le Dr Urpar, d'Arles ;

Dr Merwer, de Paris, présenté par M. le Dr Testeau de Châteaudun ;

Dr Cellier, de Laval (Mayenne), président du Syndicat de Laval.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat des médecins de Marseille.

Les sociétés de secours mutuels dans les Bouches-du-Rhône. — Moyens de défense proposés contre leurs abus (1).

Monsieur le Directeur,

La question des Sociétés de secours mutuels est de beaucoup la plus grave de celles dont les syndicats doivent s'occuper, car la rapidité avec laquelle elles se multiplient, la facilité avec laquelle elles acceptent comme membres participants des personnes fortunées, sont pour les intérêts de notre profession une menace bien plus directe, bien plus sérieuse que les tarifs absurdes de la justice, que les traitements insuffisants adoptés par les diverses administrations, etc.

En lisant, dans le *Concours médical*, le compte rendu des délibérations des syndicats, j'ai vu avec plaisir que ceux de Lorient, de Versailles, d'Arles, etc., s'étaient déjà préoccupés de cette question, mais en même temps j'ai eu le regret de constater que rien de réellement pratique n'avait été ou proposé ou adopté jusqu'à ce jour.

Devant cette remarque (qui saute d'ailleurs aux yeux de tout le monde) que les Sociétés de secours mutuels, bonnes en principe, ont complètement dégénéré en faisant participer tout venant aux faveurs que les médecins avaient accordées aux ouvriers ou aux petits employés, qu'est-ce que le syndicat de Versailles propose comme remède ? Un vœu ! Et ce vœu, à qui l'adresse-t-il? Aux présidents des sociétés, c'est-à-dire à des gens qui nous regardent comme taillables et corvéables à merci et comme n'ayant aucune voix au chapitre. Il est vrai qu'ils l'adressent aussi à M. le sénateur Maze, le grand pontife de la mutualité, pour lequel le *médecin est l'ennemi* et sur les sentiments duquel nous devons être fixés depuis son discours au congrès de Toulon. Franchement, nos confrères de Versailles espèrent-ils arriver à un résultat par cette voie et ne savent-ils pas d'avance que tous leurs vœux resteront à l'état de lettre morte ?

A première vue, nos confrères d'Arles ont été plus énergiques, et, bien que n'approuvant pas l'intransigeance de leur décision, je n'ai pu m'empêcher d'applaudir en lisant les premières lignes du compte-rendu de leur réunion du 26 octobre 1889 :

« A l'unanimité des membres présents, les associations de secours mutuels sont rejetées en principe par le syndicat; les malades de ces diverses sociétés rentrent dans le tarif général des honoraires établi par les membres du Syndicat. »

Voilà qui est parfait ; les sociétés abusent de nous ; eh bien, nous ne les connaissons plus, elles n'ont plus droit à la charité que nous leur faisions. Malheureusement, la restriction qui suit vient aussitôt détruire tout l'effet de cette mesure énergique :

« Cette décision n'atteindra pas cependant les sociétés de secours mutuels déjà existantes. »

(1) Nous publions cette lettre reçue fin 1890. Un mouvement syndical considérable a eu lieu à Marseille. Plus de 200 médecins y ont pris part. Nous espérons pouvoir bientôt en faire le récit.

Mais alors ce que vous avez voulu empêcher, c'est tout simplement la création de nouvelles sociétés ou l'admission de nouveaux membres dans les sociétés existantes. C'est quelque chose, mais c'est à la fois trop et pas assez.

Trop, parce que vous fermez la porte des sociétés à des clients qui, ne pouvant vous payer chaque visite au prix minimum du tarif, s'adresseront au bureau de bienfaisance, ou bien encore s'adresseront à vous, mais ne vous paieront pas, au lieu de vous donner le prix de l'abonnement convenu avec la société de secours mutuels.

Pas assez, en ce sens que vous laissez dans les sociétés les membres riches qui s'y sont glissés et qui continueront à vous exploiter.

Je ne sais si l'idée que je vais émettre ralliera beaucoup d'adhérents, mais je crois inutile d'ajouter que, pour moi, elle me semble assez simple et la seule qui puisse arriver à un résultat pratique.

Sans vouloir entrer ici dans le détail des modes de paiement à la visite ou au tarif et sans vouloir discuter leurs avantages ou leurs inconvénients, je commence par déclarer qu'en principe le prix de l'abonnement doit être très sensiblement relevé ; c'est là chose facile, il suffit de s'entendre un peu.

Mais le point réellement délicat et qui intéresse encore plus les médecins qui ne desservent aucune société que ceux qui font de la mutualité, c'est de trouver le moyen de fermer la porte des sociétés aux personnes qui, de par leur situation de fortune, n'y ont pas droit à nos yeux.

Et d'abord, il faut que nous soyons bien convaincus que nous n'avons, pour arriver à ce but, rien à espérer de la loi, rien à demander aux présidents de sociétés ; ne comptons que sur nous, à nous seuls de prendre des moyens prophylactiques énergiques qui nous mettront à l'abri de cette invasion de faux besogneux qui ne rougissent pas de nous tromper pour recevoir notre aumône. Je sais que ce mot sonne mal aux oreilles de MM. les mutualistes, habitués qu'ils sont à s'entendre répéter sur tous les tons, par leurs grands-prêtres, que la mutualité exclut toute idée de charité. Je le leur accorde volontiers lorsqu'ils parlent des services qu'ils se rendent entre eux, *mutuellement*, mais que donnent-ils aux médecins en échange du rabais insensé que ceux-ci consentent à leur profit ? Rien, absolument rien ; donc ils sont nos obligés. C'est une vérité que je voudrais entendre répéter sans cesse afin de la faire entrer dans la tête des membres des sociétés de secours mutuels et afin de rabattre leurs exigences. Lorsque j'attaque ce sujet, je me laisse volontiers détourner de mon but, mais j'y arrive enfin.

Il faut que les médecins exigent de chaque sociétaire la présentation ou d'un certificat d'indigence délivré par le commissaire de police de leur quartier, ou bien de leur feuille d'impositions et dans le cas où la contribution mobilière dépasserait une certaine somme (chaque syndicat pourrait la fixer), les soins médicaux seraient refusés.

Telle est, à mon avis, la seule mesure grâce à laquelle nous pourrons à la fois défendre nos intérêts et estimer la fortune de chacun sans blesser personne. Je ne vois aucune difficulté dans son application surtout pour les sociétés nouvelles et pour les membres postulants. Mais dans

ma pensée cette mesure devrait même avoir un effet rétroactif. On m'objectera certainement que ce sera là un travail long et ingrat, surtout dans les grandes villes ; j'en conviens, mais avec un peu de dévouement de la part des médecins et en divisant la besogne, on arriverait à un bon résultat et, ce travail une fois fait, il n'y aurait plus qu'à vérifier les feuilles d'impositions des nouveaux membres.

Du reste, voici, en pratique, comment je comprends l'application de cette mesure qui, je le dis de suite, ne peut être prise que là où la grande majorité des médecins a adhéré au Syndicat, ce qui commence à être le cas de beaucoup de localités.

La mesure que je propose une fois adoptée, chaque médecin syndiqué ferait connaître au secrétaire du Syndicat les noms des sociétés de secours mutuels qu'il dessert. Le secrétaire du Syndicat se chargerait alors de faire connaître au président de chaque société la décision prise, en l'invitant à faire réunir par les soins du secrétaire de sa société les feuilles d'impositions ou, à leur défaut, les certificats d'indigence de chacun des membres de sa société et à les faire parvenir dans un délai de... au secrétaire du Syndicat. Les membres du bureau se partageraient alors le dépouillement de ces dossiers et établiraient, pour chaque sociétaire jugé dans les conditions voulues, une carte au timbre du Syndicat, puis le tout, dossier et cartes, serait retourné aux secrétaires des sociétés qui se chargeraient de la distribution des cartes aux sociétaires.

Cette carte, timbrée par le Syndicat, serait seule valable aux yeux des médecins.

Ce travail de revision générale une fois fait, les nouveaux membres pourraient présenter directement leurs pièces au secrétaire du syndicat, pour se faire délivrer la carte.

Encore une fois, Monsieur le Directeur, je ne sais si ce moyen paraîtra pratique, mais si quelqu'un de mes confrères en voit un plus simple pour contrôler la situation de fortune des sociétaires et enlever aux riches le bénéfice des soins médicaux, qu'il veuille bien le faire connaître, car je trouve que le temps presse.

Agréez, etc.,

Dr G. à M.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE

DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Situation au 31 décembre 1890

RECETTES

Cotisations ....Fr.	236.327 75	
Dons à la Caisse des pensions............	2.500 »	
Dons à la Caisse auxiliaire................	650 »	
Profits et pertes........	456 99	
Intérêts des valeurs....	29.813 85	
Remboursem. et amortissement des valeurs.	493 90	
		270.242 49

DÉPENSES

Portefeuille.........Fr.	245.540 90	
Frais généraux.........	8.269 28	
Remboursement des cotisations	2.896 90	
Reste en caisse au 31 décembre	13.535 31	
		270.242 49

Le Trésorier, Dr H. VERDALLE.

Pour toute demande de renseignements, écrire à M. le Dr Delefosse, secrétaire-général, 22, place Saint-Georges, Paris.

REPORTAGE MÉDICAL

Un jugement du tribunal de Carcassonne a décidé que la ville était responsable des frais de maladie d'une personne qui a failli succomber à un empoisonnement par champignons vénéneux achetés sur le marché de la ville. Le marché aurait été mal surveillé par le préposé : de là responsabilité pour la municipalité.

— *L'appel des médecins de réserve et de l'armée territoriale en* 1891. — Le ministre a décidé que l'appel des médecins de réserve et de l'armée territoriale aura lieu en 1891 dans les conditions suivantes (19e corps excepté) :

Réserve. — 55 médecins-majors de 2e classe et 232 médecins aides-majors de 1re ou de 2e classe seront convoqués, par moitié, pour une période de vingt-huit jours en deux séries : la première du mercredi 6 mai au mardi 2 juin ; la deuxième, du jeudi 1er octobre au mercredi 28 octobre.

Armée territoriale. — 50 médecins-majors de 2e classe et 234 médecins aides-majors de 1re ou de 2e classe seront également convoqués, par moitié, pour une période de treize jours : la première du mercredi 21 mai au mardi 2 juin ; la deuxième du vendredi 16 octobre au mercredi 28 octobre.

Tous ces médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée auxquels ils sont affectés, quel que soit leur domicile.

Toutefois, les médecins affectés à l'Algérie ou à la Tunisie et résidant en France pourront être appelés dans les corps d'armée où ils sont domiciliés.

Le choix des commandants de corps d'armée devra porter de préférence :

1o Sur les médecins qui n'ont pas encore été convoqués, en commençant par les plus jeunes de grade ;

2o Sur ceux qui réunissant les conditions d'ancienneté nécessaires, auront demandé à faire un stage afin de pouvoir bénéficier des dispositions du décret du 19 décembre 1889. (Avancement.)

Aucune dispense d'appel ne pourra être accordée si ce n'est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations.

Les demandes qui seraient formulées à ce sujet devront être adressées à MM. les généraux commandant les corps d'armée.

Les intéressés sont d'ailleurs prévenus que ceux qui ne pourraient accomplir leur stage pendant la première période, l'accompliraient pendant la seconde et inversement.

— Le président du syndicat de la Mayenne, Dr *Marc Cellier*, de Laval, a adressé aux députés de son département une lettre dans laquelle il leur expose la nécessité de la revision de la législation. Cet exemple mériterait d'être suivi, de suite, par tous les syndicats.

— De même qu'au *Havre*, il y a quelques années, la Cour d'appel de *Paris* vient de rendre un arrêt qui confirme une fois encore que le médecin peut refuser, sans péril pour son client, un certificat constatant la cause à laquelle un *assuré sur la vie* a succombé.

Voici les termes du jugement :

Considérant que, si aux termes de la police d'assurances sur la vie, contractée entre Pigoury et la compagnie *le Monde*, il était stipulé que le bénéficiaire de l'assurance serait tenu de fournir à l'appui de la demande en payement, un certificat de médecin constatant le genre de mort qui avait donné ouverture à cette assurance, il est établi et reconnu d'ailleurs que la dame Pigoury a demandé ce certificat au docteur qui a soigné son mari dans sa dernière maladie ;

Que, celui-ci a opposé un refus absolu motivé sur le secret professionnel ;

Que, dans ces circonstances, ayant fait ce qu'elle pouvait pour accomplir son obligation, elle est réputée, en droit, l'avoir accomplie, la clause du contrat n'impliquant pas par ses termes une obligation plus étendue.

....

La Cour condamne la Compagnie.

Variole et revaccination. — On lit dans le *Lyon médical* :

« Plus d'une fois nous avons appelé l'attention de nos lecteurs sur la mortalité par la variole en France et récemment, à l'occasion d'une somme de cent mille francs votée par les Chambres pour secourir les victimes de l'épidémie variolique à la Martinique, nous exprimions le regret que la Chambre des Députés, qui compte dans son sein plus de cinquante médecins, laissât dormir dans les cartons le projet de loi du Dr Liouville sur la vaccination obligatoire. Cette loi, votée il y a quinze ans, eût sauvé la vie de 200,000 Français, sans compter ceux que la petite vérole défigure ou rend infirmes.

« Les documents officiels produits à la tribune académique par M. le professeur Brouardel établissent que, ces dernières années, 14,000 Français meurent encore annuellement de la variole, alors que dans l'empire allemand, avec 7 millions d'habitants de plus, elle n'en fait périr que 110. Or si, comme en Allemagne, le projet de loi Liouville eût été voté, il y a quinze ans, la France perdrait 14,000 habitants de moins par an, soit 210,000 en quinze ans.

» Croirait-on que, cent ans après la découverte de Jenner, une ville de 10,923 habitants a, en deux ans (1887 et 1888), perdu par la variole *huit cent quarante-quatre habitants*? Doutez-vous ? Lisez le *Bulletin de l'Académie de Médecine*, page 632.

» Si les villes et villages français témoignaient à l'égard de la vaccine la même indifférence que la ville de *Douarnenez* et qu'une épidémie vînt à sévir dans toute la France avec la même violence, la seule maladie contre laquelle nous possédons un prophylactique certain ne ferait pas périr moins de trois millions de Français. »

Cours de gynécologie. — Le docteur Auvard, accoucheur des hôpitaux, commencera le mardi 5 mai, à 4 h. 1/2, à sa clinique privée, 15, rue Malebranche, un cours de gynécologie qui sera complet en 15 leçons et en 5 semaines. Pour se faire inscrire et pour les renseignements, s'adresser 15, rue Malebranche (rue Soufflot).

FORMULAIRE DU CONCOURS MÉDICAL

Potion contre la diarrhée par indigestion accidentelle

Sous-nitrate de bismuth	} ââ	3 gr.
Salicylate de bismuth		
Sirop diacode		30 gr.
Eau chloroformée saturée	} ââ	60 gr.
Eau distillée		

P. L. G.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE

4, rue Antoine-Dubois, 4

Dr F. BURET. *La Syphilis aujourd'hui et chez les Anciens.* — 1 vol. in-12°. Société d'éditions scientifiques, Paris 1891. Prix 3 fr. 50 ; net 2 fr. 80 *franco*.

(L'auteur estime à un minimum de deux milliers de volumes, le *stock* médico-littéraire de l'histoire de la syphilis. « Quand on voit la liste interminable des auteurs qui ont écrit sur cette grave affection depuis la grande épidémie du xve siècle, la divergence de leurs opinions sur l'origine et la nature du mal, on est en quelque sorte frappé de stupeur, et on ne sait vraiment par où commencer. »

M. Buret a donc pris le parti de lire les syphiligraphes par ordre chronologique depuis le xve siècle jusqu'à notre époque ; puis il a cherché les traces de la syphilis dans l'antiquité en suivant à cet effet l'ordre d'ancienneté.

Cette étude, longue, érudite et patiente, le conduit à croire que la fameuse épidémie de 1494 ne se rapportait pas uniquement à la syphilis et que plusieurs affections vénériennes ou cutanées sans virus syphilitiques avaient dû être décrites sous la même rubrique : *Le mal français*.

Telle est aussi, sur ce point d'histoire, l'opinion de Ricord et de Lancereaux.

Le chapitre XII du volume, sous le titre de *Conclusion*, décrit le traitement rationnel de la syphilis au xixe siècle. Il débute en ces termes que nous nous garderons bien de commenter :

« Fille de la prostitution, la syphilis prit naissance dès que le commerce, chassant l'amour, se mit à présider à l'échange des baisers. Le virus vénérien a donc marqué le premier pas de la race humaine dans la voie de la civilisation : c'est ce qui porte à croire que l'Inde a dû en être le berceau. La race des Aryas, peuple migrateur qui fournit les habitants à la Perse, la Palestine, l'Arabie et l'Egypte, se répandit, à la longue, dans toute l'Europe. » Ce volume est extrêmement intéressant.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Treizième année N° 10 7 Mars 1891

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Transmissibilité de la tuberculose par le lait de vache.

M. A. *Ollivier* a fait connaître à l'Académie l'observation d'une jeune fille qui, récemment, à Chartres, a succombé à une méningite quasi foudroyante, alors que ses antécédents héréditaires et personnels étaient excellents. Mais elle avait été élevée dans un pensionnat où la tuberculose avait fait en quelques années six victimes sur treize malades. Or, quelques jours après la mort de cette jeune fille, on vendait à l'abattoir la vache qui fournissait le lait au pensionnat et cette vache fut reconnue atteinte d'une tuberculose mammaire exceptionnellement étendue.

Les autres jeunes filles de ce pensionnat, qui ont été frappées de tuberculose et particulièrement de tuberculose intestinale, étaient également toutes issues de parents jouissant d'une bonne santé.

Les dangers de l'infection tuberculeuse par l'alimentation sont donc plus grands que beaucoup de personnes ne le pensent. Il faut donc répéter sans cesse que le lait doit être bouilli pour être inoffensif, même quand on peut croire certain qu'il est exempt de bacilles.

D'ailleurs, y a-t-il un exemple plus instructif que celui-ci ? M. *Nocard* a raconté, dans la même séance de l'académie le fait suivant : un grand éleveur lui envoya des pièces anatomiques provenant d'un veau de quatre ou cinq mois, mort après quelques jours seulement de maladie. Ces pièces étaient de volumineux ganglions farcis de tubercules à bacilles. M. Nocard pria le propriétaire d'envoyer les mamelles de la mère, dès qu'il serait décidé à la faire abattre, lui déclarant à l'avance qu'elle était sûrement tuberculeuse. Il reçut peu de temps après les mamelles, les poumons et les ganglions mésentériques de cette vache ; ils étaient remplis de tubercules. Or, il s'agissait d'une vache de premier ordre, *primée dans tous les concours* ! Personne n'aurait sans doute soupçonné le lait d'une pareille bête de contenir des bacilles et n'aurait eu l'idée de le faire bouillir. Il faut cependant bien ouvrir les yeux à l'évidence. Nous donnerons plus loin des renseignements sur l'état de la question de la conservation et de la stérilisation du lait.

Voici d'ailleurs une lettre que M. le professeur *Spillmann* (de Nancy) adressait, il y a peu de temps, à la *Gazette hebdomadaire*, et qui mérite la publicité.

« J'ai appelé l'attention, au dernier Congrès, pour l'étude de la tuberculose (*Extrait des comptes rendus*, 1re session 1888), sur la fréquence de la tuberculose chez les habitants des hautes Vosges et surtout chez les animaux d'espèce bovine. J'ai signalé les conditions hygiéniques déplorables dans lesquelles se fait l'élevage du bétail dans les étables des hautes Vosges, et réclamé une surveillance sévère des laiteries et des abattoirs pour diminuer l'extension de la tuberculose bovine.

« J'ai pu me convaincre, dans un récent voyage en Autriche, que la tuberculose ravageait les populations des montagnes du Vorarlberg et du Tyrol. Là aussi, la tuberculose de l'homme semble liée d'une façon étroite au développement de l'infection tuberculeuse chez les animaux d'espèce bovine.

« Le Dr Eugling, de Feldkirch, a fait dernièrement, à la réunion des médecins du Vorarlberg, une intéressante communication sur une maladie du pis des vaches et sur la présence du bacille de Koch dans le lait sécrété.

« Ces affections du pis sont surtout fréquentes après la parturition. La glande doit être traitée avec le plus grand soin, surtout chez les bonnes laitières. Les congestions de la mamelle sont fréquentes ; la mastite parenchymateuse n'est pas rare. Chez certains animaux une ou deux tétines donnent peu ou même de très mauvais lait ; on

voit alors survenir une maladie de la mamelle qui peut avoir des complications dangereuses. Les bonnes vaches laitières y sont plus sujettes que celles dont les glandes mammaires sont moins bien développées. Chez ces animaux la mamelle se tuméfie énormément après l'accouchement. Les parties malades de la glande donnent un colostrum filant, sanguinolent, qu'il faut séparer du lait normal donné par les autres tétines. La glande reste plus dure ; elle prend la consistance de la masse musculaire ; on ne tarde pas à y reconnaître nettement la présence de petits noyaux. Cette inflammation locale ne provoque pas de fièvre ; la respiration est normale ; l'appétit est conservé ; les parties restées saines de la mamelle donnent un lait très abondant, même plus abondant qu'à l'état normal et en apparence très bon ; les canaux galactophores altérés donnent, par contre, un lait peu abondant, moins gras, et dans lequel on trouve de petits caillots. Ce lait ne peut être utilisé pour la fabrication du fromage. Il est facile de reconnaître qu'il est altéré, en le soumettant à la réaction de la caséine de Schaffer.

« Cette maladie de la mamelle est insidieuse ; en effet, l'altération de la substance glandulaire se produit sans douleur, sans phénomènes inflammatoires apparents ; elle est dangereuse, car le lait refusé dans les vacheries est porté dans les maisons. Or, on trouve, dans ce lait fraîchement tiré, de petits bouchons purulents, et sur le fond du seau qui sert à le recueillir, on constate la présence de petits dépôts purulents. Ces petites agglomérations de globules purulents, qui se tiennent évidemment en suspension dans le lait, renferment des bacilles très nombreux, dont les dimensions, la forme et les caractères de coloration sont identiques en tous points à ceux du bacille de Koch. Il est du reste facile de confirmer le fait par l'examen anatomique. Quand on sacrifie l'animal, on trouve des altérations tuberculeuses de la glande, avec petites nodosités caractéristiques ; ces nodosités contiennent des bacilles en abondance. L'infection tuberculeuse paraît localisée à la mamelle, car on ne trouve pas de tubercules dans les autres parties de l'organisme ; la glande seule est envahie par des foyers bacillaires ; il s'agit donc d'une véritable tuberculose locale. *L'état de nutrition des animaux atteints de tuberculose mammaire est excellent.*

« En un mot, on voit survenir chez les vaches, après la parturition, sans phénomènes maladifs extérieurs, c'est-à-dire, avec la conservation de l'appétit, sans toux, sans amaigrissement, sans excitation fébrile, une dégénérescence tuberculeuse de la mamelle d'autant plus dangereuse qu'elle est insidieuse et pendant longtemps ignorée.

« Le lait de ces animaux ne peut être utilisé dans les fromageries ; mais il y aurait évidemment lieu d'en interdire la vente. Utilisé dans les ménages, sans être bouilli, ce lait pourrait en effet devenir très dangereux. Il est même permis d'expliquer ainsi la fréquence de la tuberculose chez les habitants des montagues.

« Il serait nécessaire de compléter les recherches du Dr Eugling par des inoculations aux animaux ; mais, dès à présent, il y aurait lieu de surveiller les laiteries et de prendre des mesures prophylactiques destinées à restreindre la transmission de la tuberculose de l'espèce bovine à l'homme. »

Traitement des pharyngites et des angines chez les rhumatisants et les goutteux.

Le rhumatisme et la goutte jouent souvent un rôle dans les pharyngites et les angines, soit aiguës, soit chroniques. Il importe, dans tous les cas rebelles aux méthodes ordinaires de traitement, de rechercher cette cause diathésique. Non seulement les indications locales sont en effet modifiées, mais les indications générales deviennent prépondérantes.

Au point de vue du traitement local, M. *Beverley Robinson* signale d'abord les mauvais effets des astringents dans toutes les inflammations diathésiques. Au lieu de diminuer la sécheresse, l'irritabilité de la muqueuse atteinte, ils ne font que les exagérer. Cette intolérance pour les astringents est souvent telle, qu'elle devient un signe diagnostique. Au contraire, les inhalations, les pulvérisations émollientes amènent le plus grand soulagement. Les inhalations seront faites avec de l'eau tiède, additionnée de benjoin, de teinture d'eucalyptus, de goudron ; elles seront faites le soir au moment de se mettre au lit, les inhalations pratiquées dans la journée amenant souvent une grande susceptibilité aux changements de température produits par la moindre sortie. Les pulvérisations seront faites avec une solution alcaline additionnée de glycérine et d'une faible quantité d'acide phénique, de thymol ou de menthol. Les diverses eaux sulfureuses peuvent être également employées en inhalations ou en pulvérisations. La cocaïne, comme moyen de soulagement immédiat, rend, au moment des crises douloureuses, de grands services, principalement sous forme de pulvérisations cocaïnées.

Comme traitement général, les eaux arsenicales ou sulfureuses donnent les meilleurs résultats. Il est très utile d'activer l'élimination par les diurétiques (eaux minérales alcalines), les purgatifs légers (podophyllin ou faibles doses de calomel, si le foie semble congestionné), les excitants cutanés (bains de vapeur, frictions, massages), l'exercice. L'alimentation sera modérée, mais suffisante. Il est souvent utile d'interdire tous les aliments sucrés ou féculents. Enfin, Beverley conseille beaucoup le fer (x à xx gouttes de perchlorure de fer administrées trois fois dans les vingt-quatre heures). Pour que le fer donne tous ses résultats, il est très utile de prescrire simultanément des inhalations d'oxygène. L'association de la médication ferrugineuse et des inhalations oxygénées augmente le pouvoir oxydant des globules rouges et triomphe vite du ralentissement de la nutrition.

Les effets thérapeutiques de la diurétine (salicylate de soude et de théobromine).

M. *Heissler* a étudié d'abord les effets diurétiques de la diurétine chez l'homme bien portant, en recherchant surtout si cette substance n'irrite pas d'une façon quelconque le tissu rénal. Il a ensuite étudié ses effets sur le pouls et sur la pression du sang.

Les expériences ont été faites sur un homme bien portant, sur quatre cardiaques, deux néphrétiques et un malade atteint de cirrhose du foie. Chaque observation était divisée en trois périodes. Première période, avant l'administration de la diurétine ; deuxième période, pendant l'administration de cette substance ; et une troisième période, qui suivait après celle-ci. La dose était de

6 grammes de diurétine par jour, et de 1 gramme chaque fois.

L'auteur a obtenu les résultats suivants : le salicylate de théobromine et de soude (diurétine) agit incontestablement sur la pression sanguine, en l'élevant ; la diurétine est non seulement un diurétique, mais aussi un médicament cardiaque, qui donne des résultats remarquables, surtout dans des cas d'asystolie indépendants d'une insuffisance des valvules ;

Quand le muscle du cœur est malade, les effets de la diurétine sont plus faibles, surtout les effets diurétiques. Dans la néphrite aiguë, les effets diurétiques de la diurétine sont beaucoup plus prononcés que dans la néphrite chronique. L'albumine n'est jamais augmentée par suite de l'administration de la diurétine ; dans la cirrhose hépatique, l'administration de la diurétine n'a pas eu pour résultat l'augmentation de la diurèse ; chez l'homme sain, la diurétine produit une faible augmentation de la diurèse.

L'influence du tabac sur les fonctions digestives de l'estomac et sur l'acidité des urines chez des personnes bien portantes.

J. Ydan-Pouchkine a expérimenté sur sept personnes bien portantes, mais qui n'avaient pas l'habitude de fumer. Il a examiné les effets du tabac sur le suc gastrique, sur la motilité de l'estomac, sur sa puissance de résorption, et sur l'acidité des urines. Pendant trois jours, l'auteur examinait d'abord le suc gastrique par les méthodes connues, la motilité de l'estomac avec du salol d'après le procédé d'Ewald, et la puissance de résorption avec de l'iodure de potassium, d'après le procédé de Zweifel. Pendant une deuxième période de trois jours, chacune de ces sept personnes fumait vingt-cinq cigarettes par jour. Pendant trois jours après cette deuxième période, l'auteur continuait à examiner le suc gastrique, etc., dans le but d'étudier les effets tardifs du tabac.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : le tabac augmente la quantité de suc gastrique, mais diminue son acidité ; la quantité d'acide chlorhydrique libre du suc gastrique est diminuée sous l'influence du tabac ; à mesure que la quantité d'acide chlorhydrique diminue, la force digestive du suc gastrique diminue également ; le tabac ralentit également les effets du ferment de présure ; les modifications du suc gastrique produites par le tabac durent pendant un certain temps ; quant à la motilité de l'estomac et à sa puissance de résorption, elles sont augmentées sous l'influence du tabac ; le tabac n'a aucune influence sur l'acidité des urines.

Emploi du salicylate de soude dans le traitement des rhumes.

Dans un des derniers numéros du *Memphis Medical Journal*, le salicylate de soude est signalé comme particulièrement efficace dans le traitement des rhumes graves aussi bien que dans celui de l'inflammation des amygdales. L'emploi d'un mélange de 15 grammes de salicylate de soude et de 15 grammes de sirop d'écorce d'orange, avec la quantité suffisante d'eau de menthe pour faire une potion de 120 grammes, est conseillé à la dose d'une cuillerée à dessert toutes les trois ou quatre heures, jusqu'à ce que l'action spéciale du salicylate se manifeste par le tintement dans les oreilles. La souffrance du front, des yeux et du nez, en même temps que les éternuements et l'écoulement du nez, diminuent considérablement, et disparaissent entièrement en peu de jours, sans laisser à leur suite, comme cela a lieu ordinairement, une toux causée par l'extension de l'inflammation aux bronches. (*The Ter. Gaz.*, 15 janvier 1891.)

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. — Traitement des ruptures de l'utérus (1).

La rupture de l'utérus, se produisant au cours de l'accouchement est une complication heureusement rare, mais qui, lorsqu'elle existe, constitue un des accidents les plus graves que puisse avoir à combattre l'accoucheur. La statistique de Wengel donne une mortalité maternelle de 66,6 % et une mortalité fœtale de 94,5 % ; le pronostic, extrêmement grave pour la mère, l'est donc encore plus pour l'enfant.

Le Dr *J. Brossard* étudie quelle est la conduite à tenir quand on se trouve en présence d'une femme atteinte de rupture de l'utérus. Dans les cas où l'enfant est resté en totalité dans l'utérus, il faut toujours l'extraire par les voies naturelles, en s'aidant soit de la version ou du forceps, souvent de la basiotripsie lorsque l'enfant est mort. C'est encore à l'extraction par les voies naturelles qu'il faut avoir recours, lorsqu'elle est possible, dans les cas où l'enfant est passé en partie dans la cavité abdominale. Lorsque l'extraction du fœtus est faite, il faut s'abstenir de toute injection intra-utérine, faire des injections vaginales sous pression très faible, exercer une compression méthodique de l'abdomen, de manière à abaisser l'utérus et mettre en permanence un pansement antiseptique à la vulve. Nous pensons qu'il est préférable de substituer aux lavages vaginaux un pansement (qu'on ne renouvellera que tous les deux ou trois jours) avec de la gaze iodoformée. Enfin on maintient en permanence de la glace sur le ventre et on prescrit les opiacés pour obtenir une inertie complète de l'intestin.

Dans les cas où l'extraction par les voies naturelles est impossible, soit qu'elle exige une violence trop grande, soit qu'elle mette en danger les organes voisins, soit que le bassin ait un rétrécissement trop considérable, on ne doit pas hésiter : il faut recourir sans hésiter à la laparotomie, laquelle permet une toilette complète et aseptique de la cavité abdominale, laquelle permet aussi de se rendre compte *de visu* de l'étendue de la déchirure. Si la lésion n'est pas très considérable, quelques points de suture au catgut ou à la soie suffisent pour rapprocher les lèvres de la plaie ; quelquefois même la contraction de l'utérus après l'extraction de l'enfant rend inutile l'application des points de suture. Mais, si la lésion présente une étendue trop considérable, si les bords de la plaie sont très contus et déchiquetés, il vaut mieux extirper l'organe : l'opération de Porro semble appelée à produire ici de bons résultats.

(1) Th. in. Paris, 1890.

II. — Statistique de la Maternité de Liége.

Dans un opuscule intéressant, le Pr Charles (de Liége) rapporte d'abord les observations détaillées et remplies de faits pratiques, de deux femmes pour lesquelles il a pratiqué l'opération césarienne chez l'une et l'accouchement prématuré artificiel chez l'autre : les deux femmes ont guéri et les deux enfants sont venus vivants et ont vécu. Le Pr Charles profite de ce double succès pour établir un parallèle plein d'actualité entre l'opération césarienne et l'accouchement prématuré artificiel dans les bassins rétrécis ; nous reviendrons plus tard sur ce parallèle dans deux articles que nous préparons pour ce journal sur l'opération césarienne et l'accouchement prématuré artificiel.

En outre le Pr Charles publie la statistique des deux services qu'il dirige depuis plus de 11 ans à Liége : sur 4,154 femmes confiées à ses soins, 43 femmes sont mortes soit 1,03 % et 542 enfants sont morts, soit 13,04 %. Le Pr Charles distingue deux périodes dans sa direction : une première dans laquelle il avait recours à l'acide phénique comme antiseptique, une seconde, datant du 14 mai 1884, dans laquelle il ne s'est servi que du sublimé. Bien entendu la mortalité et la morbidité maternelles sont beaucoup plus faibles dans la seconde période que dans la première et M. Charles conclut : « En résumé, l'emploi du sublimé corrosif comme antiseptique a réduit à zéro la mortalité et la morbidité par septicémie contractée à la Maternité. La fièvre puerpérale a presque complètement disparu de nos salles et les cas rares isolés qu'on y voit de temps en temps sont fournis par des femmes qui ont été infectées avant leur entrée à l'établissement. Les résultats obtenus actuellement à la Maternité de Liége, en dépit des conditions peu favorables des locaux, sont très avantageux et supportent victorieusement la comparaison avec ceux des meilleurs établissements analogues de l'Allemagne et de la France. Il faut attribuer ces heureux résultats à l'emploi méthodique des antiseptiques et *surtout du sublimé corrosif*.

Ces quatre derniers mots nous ont quelque peu surpris ; est-ce bien au sublimé, ce puissant antiseptique, qu'on est surtout redevable de la diminution de la mortalité et de la morbidité ? Non assurément ; sans doute, dans les résultats obtenus, il faut faire une certaine part à la valeur de l'antiseptique employé, mais il faut bien savoir aussi qu'à côté de l'antisepsie, il y a l'*asepsie* — et qu'il ne suffit pas de se servir *largâ manu* du sublimé ; il faut encore une série de précautions pour préserver la femme de toute septicémie, il faut un personnel exercé, etc. Lisez, d'ailleurs, en détail la statistique de morbidité du Pr Charles et vous verrez que

En 1884, il y a eu 70 % de couches absolument normales ;
En 1885, il y en a eu 85 % ;
En 1886, 87 % ;
En 1887, 89 % ;
En 1888, 91 % ;
En 1889, 90 3/4 % ;
En 1890, 92,1 % ;

Ces résultats sont excellents, mais ne démontrent-ils pas que dans un service d'accouchements les résultats s'améliorent au fur et à mesure que les précautions prises sont de plus en plus complètes ?

III. — Un nouveau livre d'accouchements.

C'est une œuvre vraiment remarquable, qui fait le plus grand honneur à la science obstétricale française, que viennent de publier le professeur L. H. Farabeuf et notre ami le Dr H. Varnier, sous le titre d'*Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements* (*anatomie, présentations et positions, mécanisme, toucher, manœuvres, extraction du siège, version, forceps*).

Cette œuvre a été longuement mûrie, puisque c'est en 1886 que l'idée en est venue aux auteurs qui voulaient simplement publier le cours complémentaire fait à la Faculté par M. Pinard ; puis, peu à peu, ils se sont laissés entraîner par l'intérêt du sujet, ainsi que l'explique le professeur Pinard, dans la préface qu'il a écrite pour ce livre.

Les deux tiers de ce beau livre sont consacrés à l'étude expérimentale et clinique des trois opérations qui sont le plus souvent pratiquées en obstétrique : 1° l'intervention manuelle dans l'extraction du siège ; 2° la version par manœuvres internes ; 3° le forceps. Chacun des temps de ces diverses opérations est étudié et figuré en détail ; certaines questions, telles que la saisie du bon ou du mauvais pied, l'application de forceps dans les positions postérieures, etc., qui sont si obscures dans les meilleurs auteurs, sont là traitées de main de maître. Bien qu'il soit difficile de distraire une partie de ce travail où tout s'enchaîne logiquement, voyons, en la résumant, la description qui est faite de la *version par manœuvres internes*.

Technique de la version par manœuvres internes. — Les conditions requises pour la version existent ; le diagnostic est fait ; on sait où sont les pieds, quelle main on doit employer, quelle voie on va suivre, antérieure ou postérieure au corps du fœtus. Il s'agit d'une présentation de l'épaule, avec un bras dans le vagin, on a placé sur le poignet un lacs en nœud coulant.

Introduction de la main. — Quelle que soit la main qui opère, disposez les doigts et le pouce de manière à la rendre étroite et conique, aussi pénétrante que possible, afin de pouvoir l'insinuer doucement dans le vagin. Donc, tenez les doigts raides et modérément fléchis dans leurs articulations métacarpiennes ; rassemblez-en les bouts en plaçant l'index devant le médius, et le petit doigt devant l'annulaire ; entre l'index et le petit doigt, logez le bout du pouce. Vous présenterez ainsi à la vulve un fuseau dont le ventre correspond aux articulations métacarpo-phalangiennes.

En même temps que ces articulations forcent l'entrée du vagin, prenez votre voie, antérieure ou postérieure au fœtus. Pour l'antérieure, abaissez fortement le coude, devriez-vous mettre genou à terre. Par la voie postérieure, votre main entrera plus facilement tout entière dans le vagin ; elle y sera plus à l'aise, sauf du bout des doigts qui heurteront le promontoire.

Donc, introduite dans l'axe du détroit inférieur, la main se relève ensuite : par pronation, en hyperextension du poignet si elle veut passer devant le fœtus ; par supination et flexion si, comme cela arrive le plus fréquemment (la voie postérieure étant la plus suivie), elle s'engage derrière. Bien entendu, elle n'a pas gardé pour pénétrer dans l'utérus sa forme conique initiale ; elle s'est étalée, aplatie.

Progressant ainsi, la main se glisse lentement au contact du fœtus pour éviter d'accrocher la lèvre de l'orifice utérin du bout des doigts et de défoncer le cul-de-sac. Au moment où vous avez commencé à pénétrer dans l'utérus, heureux de refouler quelque peu la partie engagée, toujours obligé à déployer une force modérée, mais continue et réelle, votre deuxième main, restée libre au dehors, s'est appliquée sur le fond de l'organe pour le maintenir et l'amener à la rencontre de la main introduite. Sans cet appui, la poussée de celle-ci pourrait rompre l'utérus ou l'arracher du vagin.

Dans tous les cas, allez jusqu'au fond de l'utérus. N'hésitez pas, quand vous suivez la voie postérieure, à enfoncer l'avant-bras, jusqu'au pli du coude dans les parties maternelles. Sans cela on ne fait rien de facile ; on oscille dans ses recherches au-dessous du niveau des pieds. Au fond de l'utérus, au contraire, vous trouvez fatalement les pieds et dès lors vous êtes maître de la situation. (P. Dubois.)

Choix du pied. — Prenez alors votre temps, tout votre temps, pour explorer les membres croisés devant le pelvis fœtal et chercher le bon pied. Rien ne vous presse et ne vous limite que l'engourdissement de votre main. Vous savez quel est dans chaque cas le bon pied, le droit ou le gauche. Rien n'est aisé comme de nommer le pied quand on tient les orteils, car ils annoncent le bout du pied, l'orientation de la plante et (par le gros orteil) celle du bord interne. C'est tout ce qu'il faut pour évoquer l'image d'un pied et par conséquent le nommer.

Saisie du pied. — Si vous ne trouvez qu'un pied et que ce soit le mauvais, résignez-vous à le prendre. Il suffit, à condition que vous vous souveniez des lois de l'évolution, et que vous vous teniez prêt à parer aux difficultés que vous connaissez bien et qui, de ce chef, pourront se rencontrer dans l'extraction.

Saisissez le pied, choisi ou subi, entre l'index et le médius fléchis en crochet et embrassant, l'un le cou de pied, l'autre la saillie du talon. Si vous éprouvez quelques difficultés à réaliser du premier coup cette prise très solide, amenez le pied simplement pincé entre le pouce, l'index et le médius. Dès que vous le pourrez, substituez la bonne prise à cette première saisie.

Tractions, etc. — Amenez alors votre main et le pied à la vulve. Tirez aussi en arrière que possible. La résistance que vous éprouverez bientôt vous indiquera, comme le fait en même temps la rentrée de la main pendante, que l'évolution a commencé, et que le siège vient au détroit supérieur remplacer l'épaule qui s'éloigne et remonte, chassant la tête vers la fosse iliaque.

Il ne s'agit plus dès lors que d'extraire le fœtus comme s'il se présentait par le siège, en favorisant la bonne évolution qui doit, suivant le cas, maintenir ou tourner en arrière le ventre et la face du fœtus.

Tirez donc le pied saisi, quel qu'il soit, principalement pendant la contraction ; tirez-le en bas et en arrière. Par votre diagnostic vous voyez le fœtus à travers le ventre et vous savez si vous avez le *bon* ou le mauvais *pied.*

Si c'est le bon, celui qui produit l'engagement dans le détroit supérieur sans rotation, tirez simplement, avec patience, mais sans cesse.

Si c'est le mauvais, celui qui exige une grande rotation pour reporter la hanche non déployée en arrière et l'engager devant la symphyse sacro-iliaque, rappelez-vous en quel sens la nature opère habituellement et, tout en tirant, tordez le membre en ce sens. S'il y a des contractions utérines, observez-en les effets rotateurs et obéissez aux indications qu'elles vous donnent, afin d'être collaborateur utile et non pas antagoniste.

Tirez, avec ou sans effort rotateur, jusqu'à ce que le siège soit descendu au fond de l'excavation, c'est-à-dire jusqu'à ce que la hanche tirée apparaisse sous la symphyse. Alors le siège, bien orienté en position *sacro-transversale*, va pouvoir traverser le détroit inférieur pubo-coccygien, le canal mou dilatable périnéo-vulvaire, la vulve.

En réalité, la hanche antérieure a franchi l'arc sous-pubien ; elle ne résistera plus ; elle est comme dégagée, voilée seulement par la commissure clitoridienne.

C'est seulement la hanche postérieure qu'il faut contraindre à forcer l'arc coccygien, à parcourir toute l'étendue dilatée coccy-vulvaire, à se dégager enfin hors de la fourchette.

Aussi tirez-vous maintenant : d'abord à peu près horizontalement pour engager la hanche postérieure dans le détroit inférieur et le franchir ; ensuite progressivement en haut pour lui faire parcourir le bassin mou ; enfin, quand le trochanter postérieur approche de la fourchette, presque directement en l'air vers votre visage. A ce moment et au besoin, vous pouvez, en mettant le doigt dans l'aine postérieure, accélérer le dégagement du membre resté relevé.

Dès que le siège est dehors et que l'ombilic apparaît, faites l'*anse flottante au cordon.* Alors vous saisissez à pleine main et près de leur racine les cuisses garnies de linges secs et chauds et vous recommencez à tirer en bas et en arrière. Ce faisant, amenez le *dos en avant ;* il ne faut pas qu'il reste ni qu'il aille en arrière ; il ne suffit pas qu'il soit sur le côté. Vous avez en effet à influencer l'engagement des épaules et de la tête, et vous savez combien il serait désirable que celle-ci, au moment de la manœuvre de Mauriceau, se présentât à vous l'occiput en avant (comme nous vous disons d'amener le dos), autrement dit la bouche en arrière.

Donc, vous dégagez le tronc en position oblique *dorso-iliaque antérieure,* ce qui contribue à engager les épaules dans un diamètre oblique et la tête dans l'autre.

Pendant que les épaules descendent, au moment où l'ombilic s'est dégagé, vous n'avez pas oublié de faire tirer légèrement sur le lacs fixé au membre thoracique au début procident, afin de l'amener au dehors en même temps que le tronc.

Si vous éprouvez bientôt de la résistance sans voir venir l'autre bras, c'est qu'il s'est relevé. Avec la main convenable, celle dont la paume regarde naturellement le dos du fœtus, allez abaisser ce bras comme nous l'avons représenté pour les huit cas possibles. Ici la manœuvre est plus aisée que dans l'extraction du siège, car le bras sorti spontanément, maintenu et ramené par le lacs, vous fait de la place dans le bassin.

Quand il ne reste plus que la tête, il faut l'extraire sans désemparer par la manœuvre de Mauriceau. Mettez donc le fœtus le dos en l'air, à cheval sur votre avant-bras, et accrochez la bouche, de l'autre main enfourchez la nuque. Fléchissez, tirant le menton, tournant l'occiput ; fai-

tes la rotation, tournant le menton en arrière, la nuque en avant ; passez le détroit pubo-coccygien, tirant le menton et tirant les épaules. Renversez le dos du fœtus sur le ventre de la mère à mesure que la tête parcourt le bassin mou, afin que le sternum n'arrête jamais la flexion progressive et nécessaire du menton. Ne cessez pas d'appuyer sur les épaules ni de tirer sur la mâchoire, ni de fléchir la tête de plus en plus, avant que le front ne soit dégagé. »

Dr G. Lepage.

HYGIÈNE

Conservation et stérilisation du lait.

Antiseptiques. Froid et chaleur. Ebullition. Pasteurisation. Traite aseptique.

Lazarus (1) a étudié au point de vue bactériologique les divers *antiseptiques* usités par les producteurs de lait et les commerçants pour assurer la conservation du lait, addition de carbonate ou de bicarbonate de soude, d'acide salicylique, d'acide borique, de borax.

Les alcalins ne gênent pas sensiblement le développement et la vie des microbes.

L'acide salicylique est un agent puissant de conservation, mais il a été proscrit avec raison parce qu'il est dangereux.

On a affirmé que l'acide borique n'était pas dangereux : « J'ai le regret, dit M. Duclaux, de ne pouvoir me rendre à aucun des arguments mis en avant pour appuyer cette thèse. De ce qu'un animal à qui on fait avaler la substance à essayer ne commence à souffrir que lorsque les doses deviennent trop fortes ou trop continues, on conclut que la substance est inoffensive pour l'homme. Je voudrais bien connaître quelqu'un assez pénétré de la force de ce raisonnement pour boire de la ciguë, sous prétexte que la chèvre la broute ».

Les avis sont partagés sur l'eau de chaux envisagée comme antiseptique : Lazarus la juge inactive, Liborius la croyait très antiseptique.

Le *refroidissement* et la congélation du lait ne le débarrassent pas des microbes. Ces moyens ne sont pour lui qu'une protection temporaire qui a besoin d'être permanente pour être efficace.

La *chaleur* a, au contraire, un effet instantané, qu'on peut rendre plus ou moins complet en élevant plus ou moins haut la température. *L'ébullition simple à l'air libre* donne des garanties, mais elle a l'inconvénient de modifier les qualités du lait, de lui faire perdre son goût sucré, et pour certains estomacs sa digestibilité.

La question de savoir si le lait est plus digestible cru ou bouilli est toujours en litige. J'incline à croire que c'est une affaire d'idiosyncrasie, que la chimie et la physiologie expérimentale sont impuissantes à trancher et que l'observation clinique seule permet de décider dans chaque cas particulier d'après l'apparence des garde-robes.

L'ébullition en vase clos est réalisée par la *méthode de Soxhlet* que décrit ainsi M. Vinay (Manuel d'asepsie) :

« On prend la quantité de lait nécessaire pour l'alimentation d'une journée et on la répartit dans plusieurs petites bouteilles, chacune d'une contenance de 150 à 160 centimètres cubes ; on a soin de s'arrêter lorsque le liquide est arrivé à 1 centimètre au-dessus du commencement du cou du récipient, puis on introduit dans le goulot, en poussant fortement, un bouchon de caoutchouc perforé à son centre.

On place alors ces différents flacons dans une sorte de marmite à double fond ; les bouteilles sont elles-mêmes suspendues au milieu de l'appareil, afin que leur fond ne touche pas directement celui de la marmite ; on remplit d'eau cette dernière jusqu'à ce que le niveau arrive à peu près à la hauteur de chaque goulot ; on fixe le couvercle sur la marmite et on place le tout sur un foyer quelconque. Après cinq minutes d'ébullition de l'eau, lorsque les gaz du lait se sont suffisamment dilatés, on obture complètement l'orifice de chaque bouteille, en plaçant un petit embout de verre dans le centre du bouchon de caoutchouc qui est perforé, comme on l'a dit plus haut. Ceci terminé, on soumet de nouveau la marmite à une ébullition active, pendant trente-cinq à quarante minutes ; au bout de ce temps, on retire les bouteilles qu'on doit faire refroidir au sortir de la marmite, en les plongeant dans de l'eau à basse température (12 à 15°).

O. Israël a proposé de remplacer le petit embout de verre par un tube en U également en verre que l'on placerait dans le bouchon de caoutchouc dès le début de l'opération. On évite ainsi la projection de l'embout qui survient assez souvent pendant la seconde partie du chauffage, et puis on est dispensé de compléter l'obturation du goulot au milieu de l'opération, ce qui n'est pas toujours sans inconvénient.

Il est facile de se passer de tous ces moyens de fermeture compliqués. Dans la clientèle de la ville, *on n'a qu'à boucher chaque bouteille avec un tampon de coton stérilisé.*

Les gaz peuvent échapper aisément pendant le chauffage et, lors du refroidissement, l'air qui entre est forcément filtré, jamais il ne peut réinfecter le liquide.

Le lait ainsi traité peut rester, sans se coaguler, pendant trois à quatre semaines, à la température ordinaire de la chambre ; et, si on le place dans un lieu frais, cet état d'inaltérabilité peut aller jusqu'à quatre et cinq semaines ; néanmoins, s'il doit servir à l'alimentation d'un jeune enfant, il est prudent de ne pas l'utiliser plus de 48 heures après sa préparation. Par ce procédé, on évite aussi, en raison de l'étroitesse du goulot, la formation de la pellicule qui existe toujours à la surface du lait ayant bouilli dans un récipient à large surface ; c'est un avantage pour l'alimentation artificielle, car cette pellicule, qui contient de la chaux et du soufre, se forme au détriment de certaines substances protéiques solubles qui ont une valeur indispensable dans la composition du liquide.

Le lait qui a été rendu inaltérable par le procédé de Soxhlet doit, autant que possible, être maintenu à l'état frais et à l'abri de la poussière, c'est-à-dire qu'on ne devra pas le garder dans une cuisine, ou dans toute autre pièce à température relativement élevée.

Lorsqu'on veut utiliser une des bouteilles pour l'alimentation, il est nécessaire d'élever à nouveau la température du lait ; on peut le faire en faisant chauffer le liquide au bain-marie. Si l'on place le récipient dans une eau assez chaude

(1) Ces renseignements sont tirés d'une remarquable Revue critique de M. le professeur Duclaux. *Annales de l'Institut Pasteur*, janvier 1891.)

pour que la main puisse la supporter, il suffit d'attendre quelques minutes pour arriver au degré nécessaire, qui est celui de la température du corps humain.

On enlève alors le bouchon de caoutchouc et on adapte au goulot l'extrémité du biberon. Il est à peine besoin de recommander de ne pas réchauffer le lait en le mettant au milieu d'aliments, il risquerait trop facilement de recevoir des agents d'infection ou de fermentation ; on ne doit utiliser que l'eau pure et propre.

Dès qu'une bouteille a été entamée, elle ne doit plus servir à l'alimentation de l'enfant. Quant à celles qui n'ont pas été ouvertes, il n'y a aucun inconvénient à les garder jusqu'au lendemain.

Un récipient quelconque qui recevra l'eau et qui doit être divisé en deux parties pour empêcher les bouteilles de toucher le fond, de petits flacons d'une contenance de 150 à 200 gr., et fermés par un tampon de coton stérilisé, un foyer de chaleur et un thermomètre, voilà qui suffit à la stérilisation du lait dans l'intérieur du ménage. »

M. Duclaux nous rappelle les bases scientifiques sur lesquelles doit reposer l'étude de la stérilisation et de la conservation du lait. La question est complexe, on va le voir. On sait, depuis longtemps, qu'une simple ébullition à 100°, même faite dans des vases qui restent bouchés, et dans lesquels aucune contamination nouvelle n'est à craindre ne suffit pas, le plus souvent, à préserver un lait de la coagulation. On sait aussi, depuis Gay-Lussac, qu'on arrive plus sûrement à ce résultat par plusieurs chauffages successifs à 100°, faits à 24 heures de distance l'un de l'autre. Enfin, M. Pasteur nous a appris qu'un seul chauffage de quelques minutes à 107° ou 108° suffisait à stériliser sûrement un lait quelconque.

Au point de vue industriel, un chauffage de 100° a l'inconvénient d'exiger un autoclave, ou l'emploi incommode de solutions salines. En plus, l'expérience a bientôt appris que ce lait, chauffé à 107°, prenait, si rapidement que le chauffage fût fait, une saveur spéciale, un *goût de cuit*, qui déplaisait au consommateur. Plus on abaisse la température, moins ce goût de cuit est apparent. Il est à peine sensible quand on ne dépasse pas 70°.

Comme la pasteurisation des vins se fait précisément au voisinage de 70°, on s'est demandé s'il ne suffisait pas de pasteuriser les laits à la même température pour en assurer la conservation. De nombreuses tentatives ont été faites dans ce sens, et ont montré que le lait ainsi traité avait d'ordinaire une durée de conservation un peu supérieure à celle du lait naturel, mais quelquefois de très peu, de sorte que l'avantage du chauffage était problématique. Il ne saurait en être autrement. Le lait, recueilli dans les conditions ordinaires, est bientôt habité par des microbes très nombreux et très variés ; quelques-uns ne résistent pas à l'action d'une température de 70°, mais la plupart n'en sont pas incommodés. Il est même arrivé souvent à l'origine que le lait chauffé se gâtait plus vite que le lait non chauffé ; c'était lorsqu'on le laissait refroidir lentement, sous prétexte de le laisser plus longtemps sous l'action de la chaleur. On tuait bien ainsi, sans doute, quelques-uns des germes qu'un court séjour à 70° avait respectés ; mais ce lait qui refroidissait lentement, d'autant plus lentement que sa masse était plus grande, fournissait, par contre de très bonnes conditions de température aux germes plus résistants, qui pouvaient éventuellement s'y multiplier plus vite que dans le même lait conservé à la température ordinaire.

Pour obvier à cet inconvénient, on a été conduit à refroidir rapidement ce lait chauffé. Sa durée de conservation dépasse alors sûrement celle du lait naturel, mais de 2 ou 3 jours au plus. Pour augmenter cette survie, on s'est ingénié, on a multiplié et alterné les chauffages et les refroidissements, ou a changé et rechangé la forme des appareils dont l'énumération serait fastidieuse.

Un fait très curieux à l'actif des laits pasteurisés, est l'absence de coliques, de diarrhée verte ou de désordres intestinaux chez les enfants nourris avec les laits ainsi stérilisés. MM. Comby, Debove, Legroux, en ont témoigné à la Société médicale des hôpitaux ; moi aussi je puis en porter témoignage. M. Duclaux cherche l'explication de ce fait dans cet autre, relevé par la bactériologie et expressément noté par divers observateurs, que, dans ces laits pasteurisés, il n'y a guère que des bacilles, et que les micrococcus et les ferments lactiques sont presque toujours absents. Or, beaucoup de micrococcus, sans être de vrais ferments lactiques, acidifient le lait en agissant sur son sucre ; au contraire, les bacilles du lait sont presque exclusivement des ferments de la caséine, et rendent le lait alcalin.

La pasteurisation à 70° ou 75° a donc pour effet de donner le pas aux ferments de la caséine sur les ferments du sucre, à ceux qui coagulent le lait à la façon de la présure sur ceux qui le coagulent à la façon des acides, et, si on songe à la sensibilité de l'intestin du nourrisson vis-à-vis des liquides acides, à l'utilité de l'eau de chaux pour couper le lait dans certaines coliques, on conclura qu'il y a toujours à redouter la présence des ferments acidifiants dans le lait des biberons, et que le chauffage à 70° peut rendre des services, alors même qu'il ne tue pas tous les microbes présents dans le lait. Il fait seulement une sélection grossière de ceux qui sont nuisibles et de ceux qui peuvent être utiles ; c'est déjà quelque chose.

Pour atteindre ce résultat, M. Bitter a fait construire un appareil dans lequel le lait est chauffé par un courant de vapeur circulant dans un serpentin, et peut être maintenu facilement pendant quelque temps à une température voulue en fermant convenablement la valve d'admission. Il s'est convaincu, par ce procédé, qu'aucun des germes de maladie que le lait peut transporter, en particulier les germes de la tuberculose, ne résistaient à un chauffage de 30 minutes à 68°, et comme à cette température il n'y a aucun changement appréciable apporté à la couleur du lait, ni à sa saveur, il recommande ce mode de chauffage et l'emploi de son appareil pour tous les laits destinés à être consommés sans subir un nouveau chauffage. Ce lait, devenu inoffensif au point de vue hygiénique, peut, en outre, être conservé plus longtemps que le lait normal, surtout si on l'enferme dans des vases stérilisés eux-mêmes en y faisant passer, pendant 15 minutes, un courant de vapeur à 100°.

Mais aucune de ces pratiques ne tue tous les germes, de sorte que cette solution, très satisfaisante au point de vue hygiénique pour les laits qui doivent être rapidement consommés, ne peut

s'appliquer au lait qu'on conserve longtemps ou qu'on veut faire voyager.

M. Duclaux en arrive à se demander si, au lieu de marcher toujours plus avant dans cette voie de la stérilisation par la chaleur, il ne vaudrait pas mieux éviter toute nécessité de chauffage en prévenant absolument l'introduction de germes nuisibles dans le lait. Déjà dans une conférence faite au Trocadéro pendant l'Exposition universelle de 1889, il disait que du lait, proprement recueilli dans une étable bien tenue, et dans un vase bien nettoyé, par un vacher qui aurait bien lavé ses mains et les trayons de la vache, ne se coagulerait pas plus vite que du lait recueilli sans soins, et additionné de carbonate de soude pour masquer son défaut de propreté ».

Il avait été frappé de l'extraordinaire résistance présentée par le lait recueilli ainsi sous ses yeux dans des conditions très grandes de propreté.

« C'est de ce côté qu'est le progrès, au moins pour les laits destinés à être rapidement consommés, et non du côté de la multiplication ou du perfectionnement des appareils de pasteurisation.

Il est vrai qu'une amélioration dans ce sens impliquerait l'introduction d'une propreté absolue dans les fermes et chez les fermiers, et on crée plus vite un outillage industriel qu'on ne réforme des habitudes traditionnelles. Mais les producteurs pourraient vite, si les consommateurs voulaient bien. Quand ceux-ci voudront du lait propre, ils l'auront. Ils auront toujours à le faire bouillir avant l'emploi, lorsqu'ils ne seront pas sûrs de la bête qui l'a fourni ; mais la question n'en aura pas moins fait un grand pas, quand laitiers et laitières sauront ce que c'est que la propreté ».

C'est aux médecins qui exercent à la campagne de faire autour d'eux une active croisade dans ce sens ; croisade ingrate, et rebutante, sans doute, dans laquelle on ne fait pas vite des prosélytes ; mais, ne gagnât-on que peu à peu du terrain sur l'ignorance et l'incurie, ce peu de terrain gagné sera si utile à l'enfance que tout médecin pourra être fier d'y avoir contribué et n'aura pas lieu de regretter ses paroles perdues.

P. Le Gendre.

BULLETIN DES SYNDICATS

Un syndicat en préparation dans la Somme.

Monsieur et honoré Confrère,

Depuis un certain nombre d'années, nous avons vu s'opérer dans toutes les professions, dans toutes les associations, une évolution, lente peut-être, mais remarquable par ses effets. C'est un travail de concentration, dont le but est de faciliter à ses membres les moyens de supporter les moments critiques de l'existence ; et si nous ne prenions garde à nous, si à chaque instant une vigie parmi nous ne jetait le cri de détresse, nous péririons, nous Médecins, envahis, écrasés par ces dernières à la recherche de leur bien-être.

Voyez ce que l'on donne au Médecin, comptez ce qu'on lui demande, ce qu'on en exige.

Le jeune praticien, tout frais émoulu, sortant d'une Faculté ou d'une École, arrive, plein d'espoir, dans une localité plus ou moins pourvue ; et vous savez, si, dans nos parages, les Médecins sont nombreux, (dans un rayon de trois lieues autour de la ville d'Albert, nous comptons environ 22 Médecins) : à peine a-t-il pris en main le lancetier légendaire, que l'État, se joignant à tous, vient lui demander, sous forme de patente, le premier écu qu'il n'a pas encore gagné, et les autres, profitant de son jeune âge, de son inexpérience, viennent lui offrir, une somme infime, dérisoire, pour lui confier le soin de leur domesticité, de leurs ouvriers, espérant bien que, grâce à la confiance qu'on lui accorde, il aura également des prix doux pour les maîtres. — D'un autre côté, les vieux confrères, sur les brisées desquels on s'apprête à marcher, se tiennent sur la défensive, sur la défiance même, n'oubliant pas que, si les sommes qui nous sont allouées s'appellent des honoraires, ils sont peu nombreux et peu stables.

Dès 1883, et même avant, notre dévoué et intelligent confrère, le Dr Cézilly, Directeur du *Concours Médical*, journal si justement aimé et apprécié, éveilla l'attention médicale, et il devint avec le regretté Dr Margueritte, du Havre, le père des syndicats. — Il nous apprit que groupés, réunis, la main dans la main, nous deviendrions une force, force qui saurait triompher de tous ceux qui jusqu'à ce jour ont cru nous imposer leurs fourches caudines : toutes les associations s'adressent journellement à nous, et c'est notre division qui fait leur force.

On honore le Médecin, mais on ne le paie pas, on le paie mal : hélas ! il faut bien l'avouer, il est souvent lui-même l'artisan de sa mauvaise position.

Changer notre sort, embellir notre position, rendre agréables nos rapports, voilà ce que nous vous proposons de faire, en faisant appel à votre bon vouloir, à votre amour de la profession, assurément la plus belle, et la plus honorable. Ce qu'ont fait tant de syndicats, nous le ferons à notre tour. Nous voulons, en nous réunissant ainsi, apprendre à nous mieux connaître, à nous estimer. Nous voulons que chacun de nous ne puisse se coudoyer sans se serrer cordialement la main.

Dr Legoux		Dr Pombourq
Officier d'Académie, à Albert.		à Acheux.
Dr Lefèvre,	Dr Toussaint,	Dr Sergeant'
à Doullens.	à Bray-sur-Somme.	à Montauban.

Monsieur et cher Confrère,

Dans le but de jeter les bases d'un syndicat (qu'on pourrait dénommer Syndicat de la vallée d'Ancre ou des quatre cantons) nous vous invitons à une première réunion, qui aura lieu le lundi 16 mars 1891, à 10 h. 1/2 du matin, à Albert, Hotel Caumartin. Cette réunion sera suivie d'un déjeuner dont le prix sera de 6 francs par tête.

En faisant, cher confrère, appel à votre bonne volonté, nous osons compter sur votre présence. — L'union fait la force, et cette union servira nos intérêts.

Adresser sans retard les adhésions au Dr Legoux, *à Albert.*

Syndicat médical du Loiret.

Assemblée générale annuelle, 6 *juillet* 1890.

Présents : MM. Defaucamberge, président ; Gassot, secrétaire ; Audollent, Beaurieux, Billoux, Boulle, Brunet, Chaignot, Dufour, Fauchon, Fournier, Geffrier, Grenet, Goueffon, Halmalgrand, Huas, Hybord, Hyvernaud, Jarry, Lepage, Mar-

tin, Mathé, Moraud, Moreau, Mounier, Papillon, Penot, Persillard, Vacher, Veillard (Meung), Veillard (Lorris), Verdureau (Patay).

Excusés : MM. Chipault, vice-président ; Augé, Batault, Boutet de Monvel, Breton, Brun, Defaucamberge, J. Dutard, Lambry, Patay, Verdureau (Orléans), Viger.

Après lecture, par le secrétaire, du rapport sur les travaux de l'année, l'assemblée générale adopte quelques mesures d'ordre intérieur ou d'intérêt local et constate que le nombre des membres du Syndicat est de 92.

Elle ratifie ensuite la réponse faite par le Conseil syndical au Procureur général près la Cour d'appel d'Orléans, relativement à la médecine légale et aux tarifs de 1811.

Sur la demande du Président, le secrétaire fait l'historique des relations du syndicat avec la Société de secours mutuels des instituteurs du Loiret depuis la dernière assemblée générale. Il donne lecture de la lettre envoyée par le Président de cette société et de la réponse faite par le Conseil syndical.

La Société n'a pas répondu à cette dernière communication du Syndicat et une circulaire envoyée aux instituteurs paraît ne laisser aucun doute sur le rejet des propositions qu'elle renfermait.

Le Conseil syndical estime en conséquence qu'il n'y a pas lieu de reprendre les pourparlers avec la Société, que les rapports entre les instituteurs et le corps médical sont parfaitement réglés par les résolutions votées à la dernière assemblée générale et qu'il y a lieu de maintenir le *statu quo*.

Sur la demande de plusieurs membres, lecture est donnée de décisions du 16 juin 1889 :

« Les instituteurs, institutrices et directrices d'asile seront soignés dans les mêmes conditions que les clients ordinaires. »

« La note des honoraires leur sera présentée sous la même forme qu'aux autres clients. »

« Les membres du syndicat médical refuseront de remplir la feuille de visites prévue par l'art. 35 des statuts de la Société. »

L'Assemblée générale, à l'unanimité, confirme ces résolutions et décide qu'il n'y a pas lieu d'entrer en pourparlers nouveaux avec la Société.

M. le président Defaucamberge expose à l'Assemblée les conditions dans lesquelles le Syndicat a été saisi de la question du traitement des médecins cantonaux (indemnités kilométriques).

Le Conseil syndical a adopté les termes d'une lettre qui a été adressée à M. le Préfet du Loiret ; il demande à l'Assemblée générale son approbation.

Le secrétaire donne lecture de cette lettre.

L'Assemblée générale, à l'unanimité, en approuve les termes.

M. Gassot ajoute qu'il croit pouvoir annoncer que l'administration accepte les deux premières réclamations (indemnités kilométriques calculées par les routes et non plus à vol d'oiseau, s'appliquant à tous les inscrits sans exception), mais que l'augmentation du taux de cette indemnité ne pourra être accordée en raison des nécessités budgétaires. Le Syndicat peut voir, par cette solution, quel cas est fait de ses justes revendications ; il se déclarera satisfait quant à présent et ajournera sa troisième demande au moment où le service d'assistance sera réorganisé entièrement.

Assentiment.

L'ordre du jour appelle la question de l'Assistance médicale gratuite.

M. le Président Defaucamberge croit n'avoir pas besoin d'insister sur l'importance de cette question ; il réclame de l'Assemblée générale toute son attention à la lecture du rapport spécial préparé par le secrétaire, qui a pu se procurer les documents officiels sur le projet de loi en préparation et les étudier d'une manière complète.

M. Gassot, secrétaire, donne lecture du rapport suivant :

Messieurs,

La question de l'assistance médicale gratuite dans les campagnes est à l'ordre du jour depuis longtemps déjà, mais jusqu'à présent elle ne nous avait pas spécialement préoccupés : c'est que, possédant, dans le Loiret, une organisation qui, sans être parfaite, est du moins assez satisfaisante, nous n'avions pas à nous intéresser d'une manière active aux tentatives faites pour généraliser cette assistance.

Vous vous étiez associés aux conclusions d'un rapport que j'avais dû présenter à l'Administration et qui réclamait le caractère obligatoire pour le service d'assistance, son organisation départementale, enfin la latitude d'organisation la plus grande pour chaque département — et nous attendions tranquillement l'élaboration des projets en préparation, nous réservant de les examiner au moment opportun.

Ce moment est venu, puisque, le 5 juin dernier, MM. les ministres de l'Intérieur, de la Justice et des Finances, déposaient sur le bureau de la Chambre des Députés, un projet de loi sur la matière.

Les dispositions législatives contenues dans ce projet ne nous ont pas surpris : votre bureau suivait attentivement les délibérations du Conseil supérieur de l'Assistance publique chargé d'élaborer le plan de réformes, et, lorsque les décisions définitives de ce Conseil furent connues, prévoyant que le texte du projet de loi n'en différerait pas sensiblement, il saisissait le Conseil Syndical de leur examen.

Le Conseil syndical, convaincu que la loi, si elle était votée telle quelle, serait impraticable et vexatoire pour le corps médical, a pensé que le Syndicat médical du Loiret devait faire parvenir ses protestations au directeur de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur, puis à la commission parlementaire qui serait chargée d'examiner le projet ; mais il a tenu, dans un cas aussi grave, à vous soumettre directement la question et vous laisser maîtres absolus de vos décisions.

Notre collègue, M. le Dr Viger, député du Loiret, a bien voulu me faire parvenir, ces jours derniers, le texte du projet de loi avec son exposé des motifs et ses annexes tel qu'il a été distribué aux députés. C'est donc sur un document officiel que nous allons faire porter notre examen critique.

De l'exposé des motifs qui met en relief l'insuffisance des services locaux d'assistance et justifie la nécessité absolue d'une organisation embrassant toute la France, de l'historique qui rappelle les tentatives faites à différentes époques jusqu'à la création d'un Conseil supérieur de l'assistance publique, nous n'avons rien à dire ; plus que personne nous sommes pénétrés de l'indispensable utilité de ce service.

Nous passerons donc immédiatement à l'examen des premières résolutions votées par le Conseil supérieur. Voici ces résolutions :

I. Les communes, à défaut de la famille, doivent l'assistance aux nécessiteux malades qui y ont leur domicile de secours. Plusieurs communes peuvent s'associer en Syndicat pour remplir ce devoir social.

II. Il devra exister dans chaque commune ou syndicat de communes un bureau d'assistance publique.

III. Dans chaque département, le Conseil général détermine, au mieux des convenances locales, le

mode de fonctionnement du service de l'assistance médicale aux indigents. Ce règlement devra être approuvé par le ministre de l'Intérieur après avis du conseil supérieur de l'assistance publique.

IV. Les communes ou syndicats de communes qui justifieront remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers les indigents malades, pourront être autorisés, par une décision spéciale du ministre de l'Intérieur, rendue après avis du Conseil supérieur, à avoir une organisation spéciale.

V. Chaque année, le Conseil général fixe la part contributive des communes dans les dépenses d'assistance de leurs malades indigents, et la part contributive du département.

Il devra tenir compte des ressources de chaque commune et du nombre d'indigents portés par elle sur la liste de ceux qui devront recevoir gratuitement les secours médicaux ou pharmaceutiques.

VII. La liste des indigents admis à recevoir gratuitement les secours médicaux ou pharmaceutiques est préparée par le bureau d'assistance publique et arrêtée par le Conseil municipal.

IX. En ce qui concerne les secours à domicile, le conseil recommande, dès à présent, les principes sur lesquels repose le système dit Vosgien.

X. L'assistance médicale doit être organisée de telle sorte que chaque commune soit rattachée à un dispensaire et à un hôpital.

Les malades ne doivent être hospitalisés qu'en cas de nécessité.

L'ensemble de ces décisions est en somme satisfaisant : il pose le principe de l'obligation, réclame, comme nous l'avions fait nous-mêmes, l'organisation départementale et laisse chaque département maître d'organiser le service selon les convenances locales.

Il est fâcheux que le projet de loi n'ait pas été simplement élaboré sur ces bases générales : on a voulu préciser, entrer dans les détails, et on a abouti à une organisation qui ne fonctionnera jamais que sur le papier.

Les divers articles du projet, dont je vais vous donner lecture, vous permettront de juger ce que ces prescriptions de détail, si malencontreusement introduites, ont de défectueux.

Le titre premier vise l'organisation de l'assistance médicale.

L'article 1er, qui établit le principe du droit au secours, comme l'article 2 qui charge de l'organisation les départements, a notre approbation.

Il n'en est pas de même de l'article 3 qui, dans son premier paragraphe, édicte :

Toute commune (ou syndicat de communes) est pourvue d'un dispensaire où ne sont données que des consultations externes....

Cette disposition qui, pour des communes importantes, ne soulèverait pas de difficultés, devient impraticable lorsqu'il s'agit des petites communes rurales où le médecin du service devrait se transporter à jour et à heure fixes, puisque la plupart d'entre elles n'ont point de médecin.

Nous ne pensons pas que celui-ci consente à se charger du service dans ces conditions qui lui supposent bien des loisirs et cadrent mal avec les multiples occupations que nous connaissons trop. Quoi, alors que pressés de toutes part nous ne saurons où donner la tête, nous devrons tout laisser pour aller dans une commune, située à une distance plus ou moins grande, voir s'il y a des malades indigents capables de se transporter ! — Le commentaire spécifie en effet que si le malade ne peut se transporter il sera visité à son domicile.

Et, le lendemain, ce sera la même chose pour une autre commune, et le surlendemain encore, et tous les jours !

Le projet parle bien de syndicats de communes, mais qui dit syndicat dit association volontaire, et c'est bien peu connaître nos petites communes rurales que supposer qu'elles se syndiqueront pour avoir un dispensaire commun : celle qui devra le posséder consentira peut-être, mais il est certain que les autres refuseront, voulant toutes avoir ce dispensaire. En réalité le médecin du service d'assistance devra se transporter, pour donner des consultations, dans toutes les communes qu'il desservira.

Les rédacteurs du projet ignorent sans doute que tels d'entre nous ont charge de cinq, six, huit communes et plus ; ils ignorent non moins certainement ce qu'est la vie du médecin, mélange d'imprévus, de contretemps, de retards et d'irrégularités. Un tel système exigerait des fonctionnaires et non des médecins, à moins qu'un traitement suffisant ne leur permît d'abandonner toute autre clientèle ; mais j'ai cherché vainement dans le projet l'article leur assurant un traitement annuel de 10.000 francs !

Le reste de l'article 3 rattache chaque commune à une infirmerie et à un hôpital général, prévoit les cas où le malade sera transporté à l'un ou à l'autre de ces établissements et les conditions dans lesquelles ceux-ci pourront être remboursés de leurs frais. Nous ne pouvons qu'approuver.

Les articles 4, 5 et 6, qui traitent des attributions des conseils généraux et des droits du ministre ou des questions contentieuses, ne nous intéressent pas.

Le titre II s'occupe de la question du domicile de secours : ce sont là encore des questions qui ne nous regardent pas.

Mais les questions du domaine médical reviennent avec le titre III qui traite du Bureau et de la liste d'assistance.

L'article 12 dit que

Dans chaque commune (ou syndicat de communes) un bureau d'assistance assure le service de l'assistance médicale, la commission administrative du bureau d'assistance est composée des membres des commissions administratives du bureau de bienfaisance et des hospices compris dans le ressort.

A défaut de ces commissions, une commission administrative spéciale sera nommée dans les mêmes formes que pour ces précédentes commissions : c'est-à-dire qu'elle se composera du maire, président, de deux membres élus par le conseil municipal et de quatre membres nommés par le Préfet.

L'élément médical s'y trouvera peut-être représenté par hasard, mais il pourra aussi faire défaut absolument, et, dans tous les cas, la part d'influence qu'il y pourra avoir sera bien maigre. C'est, on le voit, la continuation des anciens errements.

L'article 13 s'occupe d'administration ; nous le passons.

L'article 14 traite de la formation des listes :

La commission administrative du bureau d'assistance, sur la convocation de son président, se réunit quatre fois par an, un mois avant chaque session ordinaire du conseil municipal, à l'effet de dresser la liste des personnes qui, ayant dans la commune leur domicile de secours, doivent être, en cas de maladie, admises à l'assistance médicale.

Ces réunions continuelles n'ont aucune raison d'être et il suffirait largement d'une réunion annuelle, avant la session de novembre, comme cela se pratique dans le Loiret, l'article 21, autorisant les admissions en cas d'urgence, vient encore confirmer notre assertion.

Où ces réunions trimestrielles n'auront pas lieu, ou elles auront pour conséquence des abus de toute nature ; on y inscrira sur les listes les malades du moment. De cette façon la liste de la commune de X... ne comprendra jamais, par exemple, plus de 30 noms, mais le médecin dans l'année aura pu soigner cent personnes !

J'ai réservé la fin de l'article 14 :

Le médecin de l'assistance médicale ou un délégué des médecins de l'assistance médicale, le percepteur et un des répartiteurs désignés par le sous-Préfet, assistent à la séance avec voix consultative.

Pour la rapprocher de l'article 16 :

La liste est arrêtée par le conseil municipal qui délibère en comité secret. Elle est déposée au secrétariat de la commune. Le maire donne avis du dépôt par affiches au lieu accoutumé.

Voilà donc la part du médecin dans la confection des listes : Voix consultative dans une réunion qui prépare la liste, cette liste étant votée par une autre assemblée à laquelle il n'a pas même le droit d'assister.

Nous n'aurions aucune objection à faire si la loi avait déclaré que les honoraires dus au médecin pour chaque visite, consultation et opération seraient les mêmes que pour les clients non indigents. Mais comme la loi ne prévoit rien à ce sujet et comme nous savons, nous, qu'on ne nous offrira qu'une indemnité dérisoire, nous avons le droit de demander qu'on nous traite d'autre façon.

Nous trouvons certes naturel que les conseils municipaux qui voteront des crédits aient voix au chapitre : nous ne voyons pas pourquoi le médecin qui, payant de sa personne, donnera plus que tous, ne serait pas admis à la confection définitive de la liste. Pourquoi, lui qui est le plus intéressé, n'aurait-il pas voix délibérative lors de la réunion préparatoire ? pourquoi n'aurait-il pas par exception, si l'on veut, accès à la séance du Conseil municipal ?

Dans la première réunion le médecin ne pourra pas, tant s'en faut, faire prévaloir toujours son opinion, car les autres membres — trop nombreux d'ailleurs — seront disposés à faire de la charité et de la popularité sur son dos.

Puis la liste soumise au Conseil municipal aura bien des chances d'être modifiée de fond en comble, les conseillers ayant, eux aussi, leurs misères particulières à soulager et leurs intérêts électoraux à soigner.

Les conseillers voteront sans doute des crédits (pris dans la bourse commune), mais le médecin, lui, devra son temps et sa peine pour une rémunération que nous savons à l'avance devoir être absolument insuffisante.

Le commentaire de la loi dit simplement qu'il paraît impossible d'attribuer au médecin un pouvoir de décision dans une question qui le touche personnellement. A un semblable argument, nous répondrons que le médecin, mieux que personne (mieux que le maire, les administrateurs, le répartiteur et le percepteur réunis) connaît les misères véritables et que possédant seul certains éléments d'information, il peut moralement imposer une admission ou une radiation. Qui donc, s'il n'est pas là, aura semblable autorité devant le Conseil municipal ?

Nous dirons encore que l'intérêt personnel du médecin est le meilleur garant de son impartialité, cet intérêt lui conseillant de repousser quiconque peut payer ses frais de maladie et d'admettre quiconque est dans l'impossibilité de le faire.

Est-il un autre membre qui soit dans cette situation ?

Et d'ailleurs ce que nous demandons n'est pas une nouveauté, puisque c'est la pratique du département du Loiret. Nous pouvons même ajouter que les listes n'en sont bien établies que depuis la participation affective du médecin à leur confection.

S'il juge la liste mal faite — ce qui dans la pratique ne sera pas rare — le médecin n'aura d'autre ressource que d'user de la faculté reconnue à tous par l'article 18 :

Pendant un délai de 20 jours à compter du dépôt, les réclamations en inscription ou en radiation peuvent être faites par tout contribuable de la commune, mais nul n'est recevable à réclamer sa propre inscription, celle de son conjoint, ni celle de ses ascendants, ou descendants, de ses frères et sœurs ou alliés au même degré.

et de porter sa plainte devant une commission cantonale composée du sous préfet ou de son délégué, du conseiller général ou à son défaut du conseiller d'arrondissement et du juge de paix qui préside en l'absence du sous-préfet (art 19), et d'où l'élément médical continue à être scrupuleusement exclu.

Quand je dis que le médecin n'aura pas d'autre ressource que celle-là, je me trompe, il en aura une autre et il en usera, on en peut être sûr : Il enverra à tous les diables commissions, listes et service d'assistance, et, s'il reçoit quelques centaines de francs en moins par an, il aura du moins recouvré sa liberté pleine et entière !

En vérité, nous comprenons difficilement que cette solution radicale ne se soit pas présentée à l'esprit des auteurs du projet. Comment, voici un service qui ne peut fonctionner que par les médecins, par leur dévouement et leur abnégation — et l'on s'ingénie à diminuer leur autorité morale, à les réduire au rôle de machine ! On leur demande tout, leur temps, leur peine, leur savoir, et on ne les juge pas même capables de donner leur avis ! Mais on les connaît donc bien mal ou on les estime bien peu !

Si, on les estimera assez pour ne pas les payer : on leur donnera une indemnité qui suffira à faire dire qu'ils ne font pas un service gratuit, mais qui ne suffira qu'à cela, et on se réservera de les exploiter tant et plus.

Seront-ils dupes, encore une fois ? Là est la question.

Je ne vous parlerai pas de l'article 15 qui exige les inscriptions nominatives sur les listes, parce que rien n'est possible sans cela, ni des articles 17 et 20 qui ne s'occupent que des formalités administratives, ni des articles 22 et suivants qui ne nous concernent point.

Le titre IV vise les secours hospitaliers et le titre V les dépenses, voies et moyens !

Ce n'est pas de notre compétence. Nous nous bornerons à dire que c'est se faire de singulières illusions que de croire qu'on suffira à tout avec une somme de 6.960.000 francs. Cette somme pourrait suffire, peut-être, mais non pas avec l'organisation proposée.

Du titre VI, Dispositions générales, nous ne retiendrons que l'article 38 :

Les communes (ou syndicats de communes) qui justifient remplir d'une manière complète, leur devoir d'assistance envers leur malades peuvent être autorisées par une décision spéciale du ministre de l'intérieur, rendue après avis du conseil supérieur de l'assistance publique, à avoir une organisation spéciale.

On ne peut qu'approuver cette disposition et regretter qu'elle ne s'applique pas aussi aux départements. — Nous aurions pu dès lors échapper à cette loi qui eût pu être excellente et qui sera détestable si elle n'est pas modifiée.

Nous devons constater que l'exception prévue ne pourra guère s'appliquer qu'aux villes et à un petit nombre de communes privilégiées ; la masse sera régie par la loi, et le médecin de campagne sera encore une fois sacrifié.

Car on sait bien que, seul le plus souvent, le médecin ne refusera pas de soigner les pauvres, et on compte sur son isolement pour lui imposer toutes ces mesures vexatoires.

Mais les syndicats médicaux sont précisément là pour lutter contre ces tendances, et il leur appartient de faire entendre la voix du corps médical. Nulle occasion meilleure ne s'offrira à eux d'affirmer leur existence et leur indépendance, nous osons croire qu'ils ne la laisseront pas échapper.

Le conseil syndical n'a pas douté un seul instant que le syndicat médical du Loiret saurait faire son devoir : il propose donc à l'Assemblée générale :

De repousser les articles qui lui semblent vexatoires pour le corps médical ; de rechercher les modifications capables de rendre pratique et acceptable le projet de loi ;

De transmettre ses résolutions au directeur général ce l'assistance publique au ministère de l'intérieur et à la commission parlementaire chargée de l'examen du projet ;

De faire présenter et appuyer les résolutions qu'elle aura prises par une délégation qu'elle nommera à la fin de la discussion.

Applaudissements.

M. le président Defaucamberge, après s'être fait l'interprète de l'Assemblée en remerciant le rapporteur, propose de repousser d'abord les dispositions dont la critique vient d'être faite ; en même temps l'Assemblée générale pourrait voter les amendements qui lui paraissent nécessaires.

Assentiment.

Le secrétaire donne lecture du projet de loi et des amendements p oposés ;

Les articles 1 et 2 sont adoptés ;

Le premier paragraphe de l'article 3 est repoussé à l'unanimité ;

L'Assemblée générale lui substitue la rédaction uivante :

Toute commune ou Syndicat de communes *ou circonscription de communes fixée par le décret d'organisation départementale est rattachée* :

1° à un dispensaire où ne sont données que des consultations externes ;

2° à une infirmerie et à un hôpital général.

Les paragraphes 2 et 3 du même article sont adoptés ;

(*A suivre.*)

REPORTAGE MÉDICAL

Sur la demande de plusieurs de nos confrères, nous publions les noms des membres de la *Commission législative relative à l'assistance médicale gratuite dans les campagnes* :

MM. Labrousse, *Président* ; — Prost. — Langlet. — de Ramel. — Rey (Lot), *Secrétaire*. — Audiffred. — Haynaut. — Emile Ferry. — Michou. — Déjardin. — Briens.

Le *Syndicat médical suburbain de Bordeaux* vient d'inviter, à l'occasion des vacances de Pâques, les députés et les sénateurs du département à un banquet, afin de les entretenir du projet de revision de la législation. Cet exemple devrait être suivi par toutes les Associations médicales.

— D'après un arrêt de la Cour de cassation, en date du 8 janvier 1891 le *Syndicat des pharmaciens* de la Loire qui exerçait des poursuites contre l'hospice de Saint-Etienne qui vend des médicaments au public, sous la responsabilité d'un pharmacien payé par lui, a été débouté de sa plainte.

Le nombre des médecins à Vienne et à Paris. — A Vienne, il y a 1315 médecins et 177 dans la banlieue. La ville compte environ 800,000 habitants, et la banlieue 400,000. Cela donne, en moyenne, un médecin pour 830 habitants ou plutôt un pour 600 dans la ville et un pour 2,250 dans la banlieue. La répartition des médecins est fort inégale suivant les quartiers. Vienne compte dix circonscriptions. Tandis que la première contient 383 praticiens, la cinquième n'en a que 28 et la dixième 22.

Si l'on compare ces chiffres à ceux que donne Paris, on verra que la pléthore médicale est encore plus considérable dans la capitale de l'Autriche (comme dans tous les pays allemands) que dans celle de la France. Pour une population de 2,300,000 habitants, Paris compte 2,200 médecins, soit 1 pour 1,000 en moyenne. Celui des vingt arrondissements qui en contient le plus est le 8e (630), puis le 9e (376). Ceux qui en contiennent le moins sont le 20e (22), le 12e (25), le 13e (26). La répartition des médecins se fait suivant la richesse des arrondissements et n'est en aucune façon proportionnelle à leur population.

(*Bulletin médical.*)

— *L'annonce suivante* a été proposée ces jours-ci à la Compagnie Générale des Annonces de Paris et refusée par elle :

« Contre un envoi de 750 francs on expédie à domicile, franco port et recommandé, à MM. les Dentistes ou toute personne sachant lire et écrire, un Diplôme de docteur en chirurgie dentaire, d'une Ecole de Philadelphie, ou de toute autre école dentaire semblable des Etats-Unis d'Amérique.

« Pour plus amples renseignements, s'adresser à M. D..., Philadelphia, ou à son agent général, M. H..., Berlin.

« *Nota.* — Sous aucun prétexte, les personnes munies d'un de ces diplômes ne peuvent pratiquer l'art dentaire aux Etats-Unis d'Amérique ou dans le royaume et les possessions anglaises. »

(*Gazette hebdomadaire.*)

FORMULAIRE DU CONCOURS MÉDICAL

Pommade pour panser les ulcérations tuberculeuses.

Iodoforme	5	grammes
Tannin	2	—
Goudron de Norwège	1	—
Vaseline	40	—

P. L. G.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE
4, rue Antoine-Dubois, 4

Nos Grands Médecins d'aujourd'hui, par le Dr Horace Bianchon, rédacteur au *Figaro*, magnifique volume in-8°, orné de 70 portraits de Maîtres tirés en sanguine hors texte ; initiales et filets rouges. Prix : 10 francs (20 % de remise).

On se rappelle le succès énorme que le *Figaro* remporta l'année dernière avec quelques-unes de ces humoristiques et saisissantes biographies ; l'auteur vient de les compléter.

Qui de nous médecins ne voudra posséder ce bel ouvrage dans lequel nous trouverons là un professeur aimé, ailleurs un examinateur de pénible mémoire ? Tous *portraicturés* à la Rabelais par une plume singulièrement facile.

Ajoutons que les notes sur la date, le lieu de naissance, la nomination aux hôpitaux, à l'agrégation, etc., que la bibliographie donnent en plus au livre une utilité pratique.

Pour le recevoir *franco*, ce mois-ci, il suffit d'adresser un mandat de 8 fr. à M. le Directeur de la Société d'Editions Scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois. On sera servi par ordre de demandes. Nota : Il a été tiré 100 exemplaires sur papier de Japon. Prix : 30 fr.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Treizième année N° 11 14 Mars 1891

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

La semaine passée a vu naître encore deux traitements applicables à la tuberculose. L'un est d'origine française, l'autre est né encore sur les rives de la Sprée, fertiles en déceptions ; hâtons-nous d'ajouter qu'il n'est pas secret.

Traitement de la tuberculose pulmonaire et de la pleurésie tuberculeuse par les injections hypodermiques de gaïacol iodoformé.

M. *Picot*, professeur de clinique médicale à Bordeaux, a communiqué à l'Académie de médecine ce nouveau mode de traitement qu'il a expérimenté, depuis deux mois, à l'hôpital Saint-André. A vrai dire, ce n'est qu'une modification de méthodes antérieurement usitées. Le gaïacol, qu'on dit être le principe actif de la créosote, est employé depuis plusieurs années par ingestion ; les injections hypodermiques de créosote, dissoute dans l'huile d'olive, ont donné de remarquables résultats à Gimbert, et l'iodoforme a, depuis longtemps, la confiance de M. Verneuil. Quoi qu'il en soit, M. Picot est arrivé, après des recherches nombreuses et des tâtonnements divers, à obtenir un liquide dans lequel l'iodoforme se trouve à l'état de dissolution complète.

Ce liquide est une solution de gaïacol et d'iodoforme dans l'huile d'olive parfaitement stérilisée et la vaseline. Chaque centimètre cube contient 0,01 centigramme d'iodoforme et 0,05 centigrammes de gaïacol.

Le liquide est employé en injections hypodermiques. Comme lieu d'élection de ces injections, on choisit les fosses sus-épineuses, parce que cette région de la poitrine n'est le siège que de très peu de mouvements actifs et que, de plus, dans le décubitus dorsal, les fosses sus-épineuses ne supportent pour ainsi dire jamais le poids du corps, circonstances qui permettent d'éviter tout traumatisme ou toute compression dans le lieu même des injections.

La première condition de l'emploi d'un médicament est de ne pas nuire. Or, ces injections ne sont en aucune façon nuisibles.

Au point de vue local, elles ne déterminent pas la plus légère irritation, le plus léger gonflement, la moindre rougeur ; alors même que dans le tissu cellulaire on fait pénétrer jusqu'à 3 cc. de ce liquide, on n'obtient aucune réaction locale, sauf la douleur, inévitable et momentanée, consécutive à toute injection hypodermique. Parfois, cependant, un certain degré d'engourdissement se manifeste jusque dans l'épaule du côté où a été faite l'injection, environ une fois sur vingt, et l'engourdissement, dont il s'agit, a toujours disparu au bout de cinq à six heures à peu près. Le lendemain de l'injection, on peut examiner, palper dans tous les sens la région injectée ; elle n'est pas douloureuse. Il n'y existe aucune rougeur, aucun gonflement.

Le médicament ainsi injecté sous la peau est réellement absorbé ; il pénètre dans le sang et la preuve de son absorption est fournie par l'analyse des urines. On y retrouve non pas le gaïacol qui ne s'élimine pas par la voie urinaire, ni même l'iodoforme, mais l'iodure de potassium, au moyen du procédé de M. Schwartz qui donne, par l'addition d'acide sulfurique étendu et d'une solution d'amidon à l'urine, jointe à l'addition goutte à goutte d'une solution d'azotite de potasse, une coloration rose absolument caractéristique.

L'élimination se fait assez rapidement ; en général, l'iodure de potassium apparaît dans la sécrétion urinaire le troisième jour après l'injection, quand on n'injecte que 1 c. c. du liquide, et le jour même quand on injecte 3 c. c. Les urines émises après les douze premières heures n'en contiennent plus que des traces infinitésimales.

L'analyse du tissu pulmonaire, après autopsie, décèle une petite quantité d'iodure de potassium.

Les injections hypodermiques du liquide dont il s'agit ne sont le plus souvent suivies d'aucune réaction générale. Quand les malades n'ont pas la fièvre, la température ne s'élève pas et ne s'abais-

se pas. Des exemples nombreux de cette particularité ont été recueillis et, par conséquent, avec ces injections, il n'y a pas à redouter de réaction fébrile. Chez certains malades cependant, et plus particuliérement peut-être chez ceux qui ont déjà la fièvre, on a pu constater, soit dans le cours d'une pleurésie manifestement tuberculeuse, soit enfin dans le cours d'une pleurésie que l'on aurait appelée franche autrefois, l'apparition d'une sueur profuse couvrant tout le corps et plus particulièrement la poitrine et la face, sueur qui se montrait, en règle générale, de vingt minutes à une demi-heure après l'injection. Cette sueur durait d'ordinaire une heure et demie à deux heures, mais elle ne déterminait aucun sentiment de gêne ou d'affaiblissement consécutif chez les malades qui l'ont présentée. En général, la cessation de cette transpiration était suivie d'un sentiment de mieux-être et d'un certain abaissement thermique de 5 dixiémes de degré à 1 degré.

Les injections n'exercent d'habitude aucune influence sur les fonctions digestives ; après l'injection, les malades n'ont aucune nausée, aucune envie de vomir, aucun trouble intestinal. Toutefois, quand ces injections ont été faites pendant une huitaine à une dizaine de jours, à la dose de 3 cc. chez certains malades, on voit apparaître quelques coliques et un peu de diarrhée, tous phénoménes qui disparaissent par la suspension, pendant deux ou trois jours, de la médication et qui, du reste, ne se montrent pas chez tous les sujets.

Les injections ne déterminent aucun phénomène pathologique du côté de la sécrétion urinaire, ni d'hématurie ni d'albuminurie. La quantité d'urine émise dans les vingt-quatre heures ne parait pas non plus influencée par la médication.

Les autopsies ont permis de constater que les injections en question ne déterminaient aucune poussée congestive au pourtour des lésions tuberculeuses anciennes, ni dans la cavité des cavernes, ni autour des granulations, circonstance importante à signaler, puisqu'elle permet d'écarter l'idée que ces injections seraient capables de produire des congestions graves par elles-mêmes ou des hémoptysies ?

Quels sont les effets thérapeutiques obtenus par ces injections?

Vingt-cinq malades ont été traités, jusqu'à ce jour, quinze hommes et dix femmes.

Sur ces vingt-cinq malades, trois ont succombé aux suites naturelles d'une tuberculose pulmonaire arrivée au dernier degré. On a constaté que les cavernes ne contenaient plus de matière caséeuse, ni même de liquides. Une sorte de dessèchement des cavernes et des cavernules s'était produite, et tous ceux qui font des autopsies de tuberculeux savent que toujours, pour ainsi dire, les cavernes et les cavernules sont remplies de pus au milieu duquel nagent des amas de matière caséeuse. Dans l'intestin de l'un des trois on a trouvé des ulcérations tuberculeuses qui, à l'œil nu, avaient un caractére tout particulier. Au lieu d'être recouvertes de détritus caséeux, comme le fait est habituel, leur fond avait une coloration rosée ; leurs bords n'étaient pas déchiquetés et flottants, mais bien ratatinés, adhérents et comme attirés vers le centre de l'ulcération. Tout autour de ces ulcérations, la muqueuse intestinale était comme plissée et rétractée ; il semblait que sur une étendue d'un centimétre et demi, pour des ulcérations mesurant deux centimètres de diamètre, cette muqueuse fût attirée vers le centre de l'ulcération.

Chez les autres malades, tous atteints de tuberculose absolument confirmée, arrivée au moins au second degré, démontrée par des phénomènes stéthoscopiques indéniables et par la présence des bacilles dans les crachats, le bénéfice a été manifeste, ainsi qu'en font foi les observations dont M. Picot donne le détail et que nous ne saurions reproduire ici.

M. Picot, aprés avoir fait toutes les réserves que comporte la question, considère comme acquis par des faits positifs qu'avec le traitement institué par les injections dont il s'agit, on obtient une amélioration des plus grandes et qui ouvre l'espoir à un arrêt dans la marche de la tuberculose pulmonaire et peut-être à une guérison possible. Depuis treize ans qu'il enseigne la clinique médicale à la Faculté de Bordeaux, jamais il n'a obtenu, dit-il, de semblables résultats et encore les conditions dans lesquelles il opére, dans des salles de quarante lits, où il y a une agglomération de tuberculeux sont, cependant, des plus défavorables.

M. Picot a traité par ces injections huit cas de pleurésie. Cinq de ces malades sont encore en traitement et présentent une amélioration notable; trois sont sortis complètement guéris de leur pleurésie.

Il croit pouvoir dire que les injections hypodermiques dont il s'agit sont d'une très grande utilité dans le traitement de la pleurésie tuberculeuse en particulier et qu'elles en aménent la guérison dans un temps relativement court, sans qu'il soit besoin de recourir à la révulsion ni à la ponction évacuatrice.

Comme conclusion générale, M. Picot dit que les injections qu'il préconise lui paraissent éminemment utiles dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Elles relèvent l'état général, elles diminuent la toux et l'expectoration. Dans certains cas, elles peuvent dessécher les cavernes et favoriser leur cicatrisation. A la seconde période, elles peuvent faire cesser la toux et l'expectoration, tout en amenant la cessation de la fièvre et des sueurs nocturnes. Elles font disparaître les craquements humides ; elles diminuent les bacilles dans les crachats et augmentent le poids du corps. Est-ce là la guérison ? C'est au temps et à l'expérience clinique qu'il faudra demander la réponse à cette question.

Traitement de la tuberculose par les injections sous-cutanées de cantharidate de potasse.

M. *O. Liebreich* a communiqué à la Société médicale de Berlin les résultats de recherches récentes sur une action particulière des sels d'acide cantharidique, qui, injectés sous la peau, produisent du côté des capillaires en état d'irritation pathologique une modification permettant l'issue facile et abondante du sérum sanguin à travers leurs parois, sans diapédèse des leucocytes ; ainsi chez les lapins auxquels on donne une dose de cantharidine d'emblée mortelle, on trouve dans les capsules de Bowmann, non pas l'exsudation d'éléments cellulaires, comme celle qu'a obtenue Cornil dans ses expériences classiques sur la néphrite cantharidienne, mais un exsudat dépourvu de cellules et n'ayant aucune ten-

dance à la coagulation. Ce qui se passe dans le rein, se passe dans les poumons, qui deviennent le siège d'une sorte d'œdème assez considérable pour amener la mort par asphyxie de l'animal en expérience malgré la respiration artificielle.

Or on peut supposer, dit M. Liebreich, que l'excitabilité des capillaires est variable suivant les régions.

Les capillaires des diverses régions du corps diffèrent donc les uns des autres ; on peut ajouter que, pour produire cette exsudation dépourvue d'éléments cellulaires, ils ne se comportent pas à la façon de simples tuyaux ; il se passe des phénomènes de nature inconnue, peut-être une activité cellulaire spéciale.

D'autre part, les capillaires qui se trouvent dans un certain état d'irritation donnent plus facilement lieu à une exsudation. On peut donc administrer la cantharidine à une dose telle qu'elle ne produise aucune altération de l'organisme, mais qu'elle exerce son action sur des capillaires en état pathologique, irrités, pour mieux dire. Il faut déterminer la dose intermédiaire entre celle qui est toxique, qui agit sur les reins et les poumons normaux, et celle qui, inactive, n'a aucune espèce d'effet. On peut comprendre que, si l'on administre la cantharidine à cette dose thérapeutique, partout où il y aura un capillaire irrité, il se fera de l'exsudation. L'arrivée du sérum dans les tissus n'est pas toujours sans importance.

« Que pouvons-nous donc en attendre ? Il se peut que ce sérum serve à la nutrition des cellules et remette en bon état des éléments dont la nutrition était défectueuse. Nous savons, d'autre part, que Buchner a constaté l'action bactéricide du sérum, action constatée d'abord pour le sang du lapin et du chien, puis pour celui de l'homme par Stern. Il se peut encore (mais c'est là une pure hypothèse) qu'en un point malade quelconque le sérum exsudé ait une action médicatrice même minime. Un ami, à qui j'en parlais, me faisait la réflexion que c'était là une théorie humorale. Mais ce n'est pas plus de la pathologie humorale que l'emploi de petites doses n'est de l'homœopathie. Toutes mes expériences, au contraire, ont pour point de départ la théorie cellulaire telle que l'a exposée Virchow dans sa pathologie cellulaire, codex de notre science médicale.

« C'est en partant de ces vues, qui, je dois l'avouer, ne sont pas démontrées, c'est en partant de ces hypothèses, que j'aurais aimé à vérifier plus longuement, que je suis arrivé à expérimenter sur l'homme. Je puis dire que deux choses m'ont été peu agréables, la première, d'arriver à un moment où dans tous les milieux scientifiques on est très occupé des injections de lymphe de Koch, la seconde, d'employer chez l'homme en injections sous-cutanées une substance dont Cornil a dit qu'il avait cessé de l'expérimenter sur les chiens à cause des suppurations considérables qu'elle déterminait sous la peau. Il est cependant permis de le faire, pourvu qu'on agisse avec une grande prudence.

« La cantharidine n'est soluble que dans des liquides peu propres aux injections sous-cutanées : j'ai dû renoncer à la solution aqueuse d'éther acétique que j'avais employée tout d'abord, parce que la cantharidine se précipite quand on dilue cet éther acétique. Je ne me suis pas servi du cantharidate de soude à cause de la variabilité de sa teneur en cantharidine. J'ai recherché quelle est la quantité d'alcali nécessaire pour maintenir la cantharidine en solution. On peut obtenir ainsi des solutions limpides : une solution telle que chaque centimètre cube contienne 2 décimilligr. de cantharidine a un goût légèrement alcalin. »

M. Liebreich dit qu'on peut injecter 6 décimilligrammes (0,0006). Mais c'est là la dose maximum, et il fixe la dose thérapeutique de 1 à 2 décimilligr.

Dans un cas de laryngite tuberculeuse, après deux injections, il y avait déjà une amélioration notable de la parole.

« Je regarde comme remarquable, conclut l'inventeur, qu'après deux injections on puisse déjà constater des modifications sérieuses non accompagnées de fièvre. L'expérience a montré que la cantharidine avait réellement une action sur le point malade, même à une dose assez minime pour ne déterminer aucune altération rénale. Il faudrait naturellement des preuves plus certaines pour pouvoir affirmer que le sérum extravasé a causé l'amélioration. De nouvelles recherches montreront si la cause de la maladie est directement combattue. S'il en est bien ainsi, il est possible que la cantharidine soit efficace aussi pour des maladies ayant un agent pathogène autre que le bacille tuberculeux. Depuis longtemps il est démontré que la cantharidine a été utilement employée dans des affections diverses.

Il est absolument oiseux de se demander si nous avons, oui ou non, affaire à un spécifique. Il se peut que le remède agisse sur des agents pathogènes de nature variée, ou bien qu'il ait tout simplement une action favorable sur la nutrition cellulaire. Dans la pratique, on a constaté déjà nombre de fois de l'amélioration ; je ne veux pas trop encourager l'espoir de guérisons. Mais nous pouvons penser qu'il est possible, ce qui n'est pas sans intérêt pour la pratique, de concentrer en un point de l'organisme les substances médicamenteuses en suspension dans le sang, en déterminant en ce point, par la cantharidine, une exagération de la transsudation du sérum. Nous pouvons espérer ainsi augmenter l'action bactéricide insuffisante du sérum. Cette manière de combiner deux médications nous amènera peut-être à une nouvelle méthode thérapeutique.

A propos de l'action du sérum, je dois dire encore qu'on a l'habitude de tout mettre au compte des bactéries. Nous savons tous quelle action curatrice le microbe de l'érysipèle a sur le lupus. Des vésicules se forment, mais elles ne sont pas directement produites par le microcoque ; elles sont vraisemblablement le résultat de l'exsudation exagérée qui possède l'influence curatrice. On a obtenu des résultats du même genre en recouvrant le lupus de petits vésicatoires.

Au point de vue pratique, j'insiste beaucoup sur ce que l'on doit faire la plus grande attention à ce qui se passe du côté des reins ; des reins malades contre-indiquent absolument cette méthode de traitement. J'engage aussi à commencer par la dose de un décimilligramme, et de ne monter à deux décimilligrammes qu'après tâtonnement. Je crois encore que l'on ne doit pas faire des injections quotidiennes, mais qu'il faut laisser entre deux injections un intervalle d'un jour au moins. »

Voici comment se prépare la solution de M. Liebreich : 2 décigrammes de cantharidine pure et 4 décigrammes de potasse hydratée sont

dissous dans 20 centimètres cubes d'eau ; cette solution est chauffée longtemps au bain-marie, et on ajoute ensuite une quantité d'eau suffisante pour un litre. Chaque centimètre cube contient donc 2 décimilligrammes de cantharidine (0,0002).

M. Heymann et B. Fraenkel ont expérimenté, l'un sur 27 malades atteints surtout de tuberculose du larynx, l'autre sur 5. Ils ont tous deux constaté des améliorations sensibles.

MÉDECINE PRATIQUE

I

De la diététique dans les maladies.

Alimentation des convalescents et des enfants en croissance. — Régimes de régénération. — Diététique appliquée à la thérapeutique des diathèses. — Cures de réduction et de reconstitution. — Diététique de la scrofule, de l'arthritisme.

La première arme dont nous puissions disposer dans la curation des maladies, c'est la diététique ou l'art d'organiser l'alimentation.

Dès les premiers temps l'humanité a appris par expérience que certains aliments valent mieux que d'autres, qu'il faut apporter de l'attention dans la quantité, la proportion, le mélange des aliments, les intervalles qui doivent séparer les repas et les interruptions que l'alimentation doit même subir à certains moments. La faim, l'appétit, l'instinct, la satiété, le dégoût ont eu une part dans l'acquisition de ces notions ; l'expérience les a rectifiées et précisées, en montrant que leur mise en pratique amenait la force et le bien-être, que leur oubli aboutissait à la faiblesse, à l'amaigrissement, à la maladie.

Les acquisitions de l'expérience ont été formulées en préceptes par les hygiénistes et les médecins, par les prêtres et les philosophes, qui ont été les mêmes hommes dans les sociétés primitives.

Les médecins éclairés de tous les temps ont attaché la plus grande importance à la diététique. Les découvertes de l'empirisme se sont peu à peu accumulées. A l'époque contemporaine nous pouvons juger la plupart d'entre elles à la lumière de la chimie et de la physiologie.

Nous voudrions montrer, brièvement, quels doivent être à notre époque les fondements scientifiques de la diététique et mettre en évidence en suivant l'enseignement du professeur Ch. Bouchard, les services considérables qu'elle peut rendre pour prévenir les maladies en combattant les prédispositions morbides ou pour les aider à guérir quand elles sont réalisées.

Au point de vue de la *thérapeutique des diathèses*, nous pouvons nous proposer d'obtenir par la diététique plusieurs résultats : réparer la constitution chimique détériorée, provoquer une activité nutritive différente de celle qui est retardante, c'est-à-dire habituer la cellule à métamorphoser plus de matière en un temps donné et à la métamorphoser complètement.

Pour atteindre ce but, il faut créer dès l'enfance des habitudes alimentaires convenables, préciser la quantité des aliments, leur proportion, régler la fréquence des repas, le temps qui convient à chaque repas, et fixer le repos nécessaire pour l'accomplissement de la digestion. Il faut encore assurer l'appétit grâce à la collaboration du système nerveux, qui rend la digestion plus parfaite, répartit la matière suivant les besoins, active l'apport de l'oxygène, et enfin stimule la nutrition cellulaire. La gaieté, la distraction sont utiles pendant le repas ; les condiments et la bonne préparation culinaire sont des adjuvants utiles à la digestion qui s'accomplit au mieux quand après le repas le travail est suspendu par un exercice modéré.

Mais voyons quelles sont les règles qui doivent présider au choix des aliments suivant le but qu'on veut atteindre.

L'idéal pour nourrir un individu sain ou malade serait de lui donner une quantité telle d'aliments mélangés dans une proportion telle qu'il y eût substitution exacte de matières nouvelles aux matières que la vie détruit. Mais chez le malade le plus souvent c'est impossible. L'absence d'appétit, l'insuffisance de la digestion, la diminution de l'absorption rompant l'équilibre entre l'apport et l'usure, la destruction est augmentée, et la *suralimentation* serait désirable. Mais la suralimentation est rendue impossible chez les fébricitants et dans les maladies où existe l'anorexie par le dégoût, et elle peut être, d'ailleurs, dangereuse, car il faut craindre l'indigestion qui accable l'organisme par l'auto-intoxication et par la dépression nerveuse. Il faut donc restreindre l'alimentation, à moins de pouvoir se passer et de l'appétit et des sucs digestifs en nourrissant par la sonde et avec des aliments presque directement assimilables : peptone, glycose, glycérine, jaune d'œuf.

Si l'aliment n'est pas refusé et peut être digéré, on peut se proposer de modifier la constitution matérielle de l'économie, en lui rendant certaines substances à la suite d'une maladie qui l'en a privée. On peut encore se proposer de changer une constitution qu'on juge être la cause d'une maladie. Souvent alors il y a plutôt indication de retrancher quelque chose, comme dans l'obésité.

Avant d'augmenter, outre mesure, la ration alimentaire, il faut se rappeler que l'activité digestive et l'activité cellulaire ne sont pas indéfinies, qu'à les dépasser on risque une mauvaise élaboration digestive et nutritive.

On a souvent pensé à augmenter non tous les aliments, mais un seul ; de là les *cures de régénération* ; par l'usage exclusif du lait, du petit lait, du raisin, le régime arabique, les végétaux, les fruits, le régime carné. Ce sont là des vues qui ont séduit l'antiquité. Liebig a voulu les confirmer ; il croyait que les aliments plastiques servent seulement à constituer les cellules, de sorte qu'il devait entrer plus ou moins de matière dans la cellule, suivant qu'on donne plus ou moins d'aliments plastiques. Mais Voit a montré que la plus grande partie des matières plastiques n'est pas vraiment plastique, qu'elle se détruit et prend part à l'acte respiratoire. La destruction de la matière protéique est proportionnelle à la quantité introduite. Mais l'albumine cellulaire se détruit aussi, ainsi que le prouve le dosage de l'azote pendant l'abstinence, en nous indiquant ce qu'il faut de protéine pour réparer les pertes. On a pensé que le surplus de cette quantité d'azote était une consommation de luxe, qui pourrait et devrait être remplacée par de la graisse et de l'amidon. C'est là une erreur ; Voit

a montré que la destruction de l'albumine n'est pas influencée par l'activité fonctionnelle. D'autre part, la ration azotée de réparation ne suffit pas pour entretenir la vie, même avec de la graisse et de l'amidon. Voit nous a fait voir que l'albumine fixe est détruite peu et lentement, tandis que l'albumine circulante se détruit beaucoup et vite.

On peut par la quantité des ingesta augmenter ou diminuer la destruction de l'albumine fixe, et par suite modifier la métamorphose nutritive. Dans la ration d'entretien, l'azote des excreta doit égaler l'azote des ingesta ; alors le poids ne varie pas. Augmentez l'azote des ingesta, l'azote des excreta augmente, mais moins : le poids augmente, puis reste stationnaire, alors l'équilibre est rétabli entre les deux azotes. Donc l'assimilation augmente. Diminuez l'azote des ingesta, l'azote des excreta diminue, mais moins : le poids diminue, puis reste stationnaire de nouveau. Ainsi les aliments azotés peuvent, suivant leur quantité, faire varier la masse de la substance vivante et l'activité destructive des cellules.

Rien ne remplace la viande ; car elle est à la fois plastique et respiratoire ; si la portion qui sert à la respiration est insuffisante, la destruction porte sur une portion de l'albumine fixe, même malgré l'usage de la graisse et de l'amidon. Mais, si la ration de viande normale est fixe comme ration de réparation, elle est variable comme ration fonctionnelle, et proportionnelle au travail nerveux. Augmenter la ration fonctionnelle, c'est accélérer la nutrition cellulaire ; l'augmenter trop, c'est rendre la nutrition imparfaite, la ralentir faute d'oxygène pour suffire à une nutrition trop rapide. Diminuer la ration fonctionnelle, c'est ralentir la nutrition cellulaire ; la diminuer trop, c'est accélérer la nutrition, livrer l'albumine fixe aux combustions fonctionnelles. En réglant l'abstinence, on peut donner à la longue aux cellules l'habitude de se détruire plus vite, et cette habitude persistera, même si on revient à la ration normale. En thérapeutique il faut compter plus sur la diète que sur la suralimentation, non pour reconstituer directement les cellules, mais pour activer la nutrition.

On peut donc faire varier sans inconvénients sérieux, et même avec avantage, la consommation fonctionnelle et nutritive de la viande. Mais l'élasticité de la nutrition en plus ou moins a ses limites, qui varient suivant les individus, suivant l'âge et les circonstances physiologiques et pathologiques.

Ainsi pendant la croissance il faut se garder d'amoindrir l'apport alimentaire : il y a à considérer la croissance du corps en totalité, qui tient à la multiplication des éléments, et la croissance de chaque élément qui nécessite la réparation.

Les choses se passent dans la croissance de l'individu comme dans la convalescence.

La croissance du corps se fait quand même malgré l'abstinence, malgré la maladie ; mais tous les tissus n'y prennent pas une part égale. Les éléments musculaires et nerveux ne se multiplient pas ; les éléments osseux se multiplient. Les os sont alors mal formés, les muscles et les nerfs sont déformés. A poids égal, avec la même quantité de nourriture, un enfant meurt, tandis qu'un adulte vit et fonctionne.

Le convalescent vit avec une nourriture qui ferait maigrir l'homme sain ; mais, quand arrive le retour à l'embonpoint, il faut une nourriture plus abondante. Au début de la convalescence, la désassimilation est intense, l'assimilation active ; puis vient une seconde phase où la désassimilation est moindre, puis l'assimilation revient à la normale. Aussi faut-il nourrir les enfants non seulement pendant la convalescence, mais pendant la maladie ; on utilisera les décoctions de céréales (froment, riz, orge, avoine), les sucs de fruits, le bouillon, le jaune d'œuf, le miel, la glycérine, les peptones. Les peptones sont indispensables pour compléter ce régime ; car, malgré la graisse et l'amidon, le corps continue à perdre de l'azote comme dans l'abstinence. La gélatine ne remplace ni l'albumine ni la peptone. Rien ne remplace dans l'alimentation les matières azotées (viandes, albumine, ou caséine), tandis que la viande peut remplacer, à la rigueur et passagèrement, la graisse, l'amidon, les acides végétaux, la gélatine. Mais ce remplacement ne vaudrait rien s'il se prolongeait ; l'homme adulte perd chaque jour 250 grammes de carbone et 18 grammes d'azote ; 500 grammes de viande suffisent pour réparer la perte d'azote ; il faudrait 2000 grammes de viande pour couvrir la perte de carbone. Une partie de l'azote peut être réparée par la gélatine. En réalité il faut un régime mixte, végétal et animal.

L'expérience a démontré qu'il y avait avantage à multiplier et à varier les matières alimentaires ; on doit faire entrer dans l'alimentation des matières protéiques, végétales et animales, de l'albumine et des albuminates, de la gélatine, des graisses variées végétales et animales, de l'amidon, des sucres divers, des acides végétaux, en observant toujours le rapport de 1 partie de substances quaternaires azotées pour 5 parties de matières hydro-carbonées.

Quand on veut obtenir un changement de la nutrition, on diminue la ration alimentaire en instituant *la cure de reconstitution* ou alimentation restreinte, ce que les anciens ont appelé *cura famis* ; mais on ne la prescrira jamais absolue, elle sera mitigée. On diminuera les substances protéiques, en laissant au malade la graisse et le sucre, ce que réalise le régime lacté ; ou bien en permettant le sucre et les acides végétaux, résultat obtenu avec la cure du raisin ; ou encore en conservant le sucre, la graisse et les acides végétaux, comme dans le régime arabique. Puis, quand la nutrition aura été accélérée dans sa phase destructive, on reviendra à l'alimentation normale, et même on augmentera la protéine pour accroitre la tendance à la plasticité. Mais on n'augmentera pas exclusivement la viande, car, pour obtenir une pénétration plus abondante des minéraux dans les cellules, il faut une alimentation mixte, largement végétale. Après la *cura famis* mitigée, on reprend donc le régime mixte complet, en quantité d'abord faible, puis graduellement croissante avec prédominance de viande ou de plasmine, de jaune d'œuf ou de sels minéraux suivant les cas.

Ce *régime de reconstitution* doit être porté à sa plus haute expression chez les enfants en croissance après une maladie : on leur donnera les œufs, surtout le jaune, le lait, le fromage, le pain, les haricots, les pois, les lentilles, les viandes,

les poissons, les légumes verts, et les fruits.

Indépendamment des deux régimes modificateurs de la nutrition, — le régime préparatoire de réduction, et celui de reconstitution,— il faut avoir soin de régler le *régime d'entretien définitif*; celui-ci devra être basé sur l'état habituel de la nutrition de chaque individu et les besoins spéciaux à son genre de vie, à sa profession. Ce régime normal devra encore varier suivant qu'on veut combattre telle ou telle maladie, telle diathèse.

Ainsi le régime doit tenir grand compte des besoins professionnels, si différents suivant qu'on s'adresse à des artisans ou à des penseurs. A l'artisan il faut surtout des aliments faisant de la force et de la chaleur, aux travailleurs intellectuels ceux qui réparent les déchets de la cellule nerveuse. Il faut d'une manière générale assez de viande, mais pas trop. Il faut de la viande au penseur, mais, s'il en prend trop, il acquiert la goutte. Jadis on consommait trop peu de viande; de notre temps, on en consomme trop. On en fait manger trop tôt aux enfants, surtout aux enfants de souche arthritique ; il suffit qu'ils en mangent une fois par jour. Chez l'adulte on peut remplacer en partie la viande par le poisson, les œufs, la légumine. Il faut donner largement les alcalins, la potasse qui se trouve dans les légumes verts et les fruits.

M. Bouchard a insisté dès le début de son enseignement sur l'abus des viandes dans nos habitudes contemporaines, abus par suite duquel les maladies des riches sont devenues les maladies des pauvres, puisque nous voyons apparaître dans les hôpitaux la goutte, jadis appelée *morbus dominorum*, et les autres maladies arthritiques.

La proportion d'eau à faire entrer dans le régime est aussi à considérer : Genth a dit qu'elle diminuait l'acide urique, Mosler pense que 1500 grammes d'eau augmentent de un cinquième la quantité d'urée, Beneke estime qu'on peut compter 1 gramme d'urée excrétée pour 300 grammes d'eau ingérée. MM. Debove et A. Robin ont aussi étudié l'influence de l'eau sur la nutrition. Le premier pense qu'elle n'a aucune influence et qu'il est inutile de la restreindre chez les obèses, manière de voir que nous ne saurions partager.

Nous avons dit qu'on pouvait modifier les états diathésiques par la diététique.

La scrofule, nous l'avons déjà dit, est une diathèse où existe un ralentissement de la nutrition, mais où la constitution est également viciée parce qu'il y a trop d'eau et de graisse, trop peu de sels et d'albumine. Très souvent c'est une alimentation vicieuse qui a contribué à créer la scrofule, parce qu'on a donné trop d'aliments ternaires et trop peu d'azotés. De plus le tube digestif chez les scrofuleux est malade, soit par mauvaise alimentation, soit par tout autre cause. La diététique doit, suivant les cas, faciliter d'abord la guérison de l'estomac, de l'intestin, des glandes mésentériques, puis réparer l'insuffisance de l'alimentation antérieure et restituer les matériaux manquants. Il faut donc adapter les aliments à la puissance digestive des organes. Suivant l'âge, on donnera le lait, les œufs, la viande, et tout en maintenant la prédominance des substances protéiques, on donnera les aliments nécessaires pour la réparation minérale. Dans la scrofule il n'y a pas seulement à rendre les éléments minéraux au squelette, comme dans le rachitisme, c'est la charpente minérale de toutes les cellules qu'il faut reconstituer. On fera donc un usage libéral des fruits, des raisins, du lait, des fromages, des œufs, des viandes, des poissons, des céréales, des légumineuses ; la part des graisses ne semble pas devoir être si large qu'on la fait souvent, malgré les succès attribués à l'huile de foie de morue.

La diathèse arthritique, qui résulte essentiellement du ralentissement de la nutrition, sera combattue avantageusement d'abord par une cure de faim, puis par une cure de réparation. On devra se proposer d'exercer souvent l'élasticité de la nutrition, pour l'accélérer ensuite, de veiller au tube digestif, en prévenant la dilatation de l'estomac et la congestion du foie. Le régime d'entretien pour l'arthritique c'est le régime normal avec une diminution légère de la matière azotée et en augmentant sensiblement les alcalis par le moyen des légumes verts et des fruits. On supprimera les condiments, épices, truffes, les substances qui ralentissent les échanges nutritifs, comme l'alcool (eau-de-vie, vin), le café, le thé, le tabac. On augmentera la proportion d'eau, non pas en même temps que les repas pour ne pas affaiblir la puissance du suc gastrique et dilater l'estomac, mais en donnant le soir au moment du coucher une infusion chaude aromatisée.

Il y a lieu d'ailleurs d'introduire des variantes à ce régime, suivant la nature des diverses maladies arthritiques. Le ralentissement de la nutrition peut porter chez l'arthritique soit sur la totalité des principes immédiats circulants ou constituants, soit sur ces divers principes isolément. Ainsi l'arrêt dans les oxydations des acides organiques engendre la lithiase biliaire ; s'il porte sur les graisses, il mène à l'obésité ; l'insuffisante combustion du sucre cause le diabète, celle de la matière protéique cause la gravelle urique ; si la protéine et les acides sont à la fois en quantité surabondante dans l'économie, la goutte en résulte. Nous savons que ces maladies peuvent apparaître isolément, successivement ou simultanément chez un arthritique. De là diverses indications diététiques que nous ne pouvons détailler aujourd'hui.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Situation de la caisse de la Société de protection des victimes du devoir médical, au 31 octobre 1890.

Recettes : 9.322.95

Dépenses : organisation, frais divers. Secours à deux familles de médecins	1.628.20
En caisse	405.70
Titres en portefeuille	7.289.05
Total égal aux recettes	9.322.95

De la responsabilité des officiers de santé en matière d'accouchements.

Le 9 mai 1890, à Faverges, une jeune femme était prise des douleurs de l'enfantement.

Au lieu de s'adresser au docteur qui l'avait assistée dans ses accouchements antérieurs, son mari chargea de ce soin un officier de santé, M. X..., diplômé de l'Ecole de Lyon, autorisé à exercer dans la Haute-Savoie. Celui-ci procéda à l'accouchement avec l'assistance d'une sage-femme patentée. L'enfant se présentant par l'épaule, l'officier de santé essaya pendant de longues heures de faire la version. Il ne put y parvenir. Dans ses efforts, le bras du fœtus lui resta entre les mains. Il tenta alors, à l'aide de l'une des branches du forceps, de ramener le cadavre hors du détroit.

M. le docteur Adam (de Talloires), mandé par dépêche, délivra en quelques minutes la mère, en pratiquant la version qui n'offrit aucune difficulté. M. Adam demeura environ une demi-heure auprès de l'accouchée sans rien noter de particulier. Le lendemain soir celle-ci succombait.

Sur la plainte du mari, M. X... a été poursuivi pour homicide par imprudence sur la personne de sa femme et de son enfant. Il était, en outre, prévenu accessoirement d'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie. Les faits d'exercice illégal de la médecine consistaient dans le commencement d'accouchement de la femme G... elle-même, et dans un autre accouchement pratiqué avec l'emploi du forceps. Il y avait eu, de plus, un certain nombre de consultations données à Ugines, sur le territoire de la Savoie, hors de celui pour lequel M. X... était autorisé. Les faits d'exercice illégal de la pharmacie consistaient à avoir remis directement à certains malades des médicaments.

Le 26 novembre 1890, le tribunal correctionnel d'Annecy rendit un jugement ainsi motivé :

Sur le fait d'homicide par imprudence :

Attendu que, le 9 mai dernier, vers six heures du matin, M. X... a été appelé à procéder à l'accouchement de la femme G...; que, la présentation de l'enfant nécessitant une version, le prévenu aurait dû immédiatement réclamer l'assistance d'un docteur en médecine, comme le lui prescrivait l'article 29 de la loi du 19 ventôse an XI ; qu'au lieu d'obéir à ces prescriptions, il a préféré agir seul, assumant ainsi la responsabilité de tout ce qui pouvait suivre ;

Qu'après avoir tenté, mais inutilement, d'opérer une version, il a procédé, toujours sans succès, à une application de forceps, puis à diverses manœuvres aussi dangereuses qu'inutiles, qui n'ont eu d'autre résultat que de mutiler l'enfant et d'occasionner des souffrances très vives à la mère ;

Attendu que ce n'est que vers deux heures de l'après-midi que X..., se rendant compte de son impuissance, a consenti à faire appeler un docteur en médecine ; que le docteur Adam, mandé aussitôt, n'a pu arriver que vers cinq heures, et a procédé en quelques minutes à la délivrance de la femme G...; que celle-ci est décédée le lendemain, vers neuf heures du soir, sans avoir été visitée par aucun médecin depuis son accouchement ;

Que ces faits sont établis par tous les témoignages entendus à l'audience ;

Attendu que, si les agissements du prévenu constituent une faute grave, un oubli de tous les devoirs professionnels, il ne peut cependant en découler des conséquences pénales, qu'autant qu'ils auraient occasionné directement la mort de la femme G... ;

Attendu qu'en l'absence de preuves matérielles qu'une autopsie régulière aurait seule pu donner, le tribunal n'a pour s'éclairer que l'appréciation du médecin qui a procédé à la délivrance de la femme G... ; que cet avis, quelque sérieux d'ailleurs qu'il puisse être, ne peut uniquement servir de base à la certitude absolue, nécessaire pour justifier une condamnation ;

Attendu, en effet, que le docteur Adam n'ayant pas revu la malade depuis son accouchement, son opinion ne peut reposer que sur des hypothèses certainement vraisemblables, mais cependant insuffisantes pour écarter toute espèce de doute ; que, ce doute devant profiter au prévenu, il y a lieu de l'acquitter de ce chef;

Sur l'exercice illégal de la médecine :

En fait :

Attendu que les vingt-six contraventions relevées à l'encontre du prévenu sont avouées par lui ou établies par les témoignages entendus à l'audience ;

En droit :

Attendu que les deux premières s'appliquent à des opérations interdites, sauf le cas de force majeure qui n'est pas invoqué, aux officiers de santé, par l'article 29 de la loi du 19 ventôse au XI ; que les autres faits sont relatifs à des actes d'exercice de la médecine dans un département autre que celui où X... avait le droit d'exercer sa profession d'officier de santé ; que, d'après une jurisprudence constante, tous ces faits tombent sous l'application de l'article 35 de la loi précitée ;

Sur l'exercice illégal de la pharmacie :

Attendu qu'il est constant et avoué que X... établi dans une localité où il existe un pharmacien ayant officine ouverte, a vendu, à un grand nombre de personnes qui venaient le consulter, des produits pharmaceutiques ;

Qu'il a ainsi contrevenu aux dispositions des articles 25 de la loi du 21 germinal an XI, et 6 de la déclaration du 25 avril 1777.

En conséquence, le tribunal acquitte M. X..., du chef d'homicide par imprudence et le condamne à vingt-six amendes de 15 francs chacune pour les vingt-six contraventions qui lui étaient reprochées au sujet de l'exercice illégal de la médecine, et à une amende de 500 francs, pour exercice illégal de la pharmacie.

Le prévenu ayant interjeté appel de ce jugement, le parquet, de son côté, a formé un appel *a minima*. L'affaire est ainsi revenue entière devant la cour de Chambéry, qui, dans son audience du 9 janvier 1891, a rendu l'arrêt suivant :

Sur le premier chef de la poursuite :

Attendu que les vingt-six faits retenus par les premiers juges pour exercice illégal de la médecine ou de la chirurgie sont établis et avoués en partie par le prévenu lui-même ; qu'il a été fait, à cet égard, une juste application des dispositions de la loi du 19 ventôse an XI, et qu'il y a lieu de confirmer sur ce point le jugement déféré par les mêmes motifs ;

Sur le deuxième chef :

Attendu que les faits relatifs à l'exercice illégal de la pharmacie sont pareillement établis, malgré les dénégations du prévenu, qui prétend n'avoir transmis des remèdes à ses clients qu'à titre de commissionnaire ; qu'il résulte, au contraire, non seulement des témoignages, mais en-

core des pièces au dossier de l'information, que X... arrivait dans les villages où il donnait des consultations étant porteur de divers remèdes qu'il fournissait et dont il réclamait le prix en même temps que celui de ses ordonnances ;

Mais, attendu que les premiers juges ont appliqué à tort, de ce chef, la pénalité édictée par l'article 6 de la déclaration du 25 avril 1777 ; qu'il résulte de la jurisprudence constante de la Cour de cassation que les contraventions, telles que celle qui est reprochée au prévenu, ne sont passibles que de l'amende résultant de la loi de pluviose an XIII, combinée avec les articles 25 et 26 de la loi de germinal an XI ; qu'il y a lieu, en conséquence, de réformer de ce chef le jugement déféré, mais quant à l'application de la peine seulement ;

Sur le troisième chef :

Attendu que les témoignages du docteur Adam, l'ensemble des faits et documents de la cause et toutes les constatations matérielles auxquelles il a été procédé ne laissent aucun doute sur le bien fondé de la prévention ; mandé auprès de la femme G..., qui était prise par les douleurs de l'enfantement, X... constata qu'il y avait lieu de procéder à une opération chirurgicale appelée la version; il le dit à son entourage, notamment à la sage-femme ; il entreprit cette opération, bien que son diplôme d'officier de santé ne lui donnât pas le droit de la faire, voulut ensuite pratiquer l'embryotomie, autre opération qui n'était pas de sa compétence, il ne put davantage la réussir ; pendant huit heures, il fit subir à la femme G..., à l'aide d'une des branches de son forceps, une série de manœuvres horriblement douloureuses ; enfin, après cette longue période de souffrances aussi dangereuses qu'inutiles, le docteur Adam, tardivement appelé, arriva et délivra immédiatement la malade, mais il dut constater ensuite que celle-ci ne tarda pas à succomber, uniquement parce que son organisme n'avait pas la force de résister aux douleurs que, dans son impéritie, X.... venait de lui occasionner ;

Attendu que les premiers juges ont admis à tort que l'autopsie seule était de nature à fournir la preuve certaine que la mort doit être attribuée aux agissements de X... ; qu'en effet, les preuves administrées par le ministère public ne tendent point à établir que la mort est résultée de la lésion spéciale d'un organe essentiel, mais seulement des souffrances excessives qui, du fait de X..., ont exercé sur tout l'organisme une dépression suffisante pour entraîner la mort ; qu'il est évident, en conséquence, que l'autopsie du cadavre, si on y avait procédé, n'aurait pu apporter une nouvelle force à ces preuves ;

Attendu, en conséquence, qu'il y a lieu de réformer de ce chef, en faisant droit à l'appel du ministère public ;

Par ces motifs, confirme le jugement en ce qui concerne X..., à vingt-six amendes de 15 francs chacune pour exercice illégal de la médecine ; le confirme quant au fond, quant à l'exercice illégal de la pharmacie, mais en condamnant X... de ce chef à 25 francs d'amende ; et, réformant, le condamne à trois mois de prison et 50 francs d'amende pour homicide par imprudence ; le condamne, en outre, aux dépens.

M. X.., s'est pourvu en cassation.

Droits et devoirs des officiers de santé

Membre du Concours médical et officier de santé, je viens protester dans ce journal, vraiment l'apôtre de la confraternité médicale, et au nom de tous mes confrères de France, contre un arrêt du Tribunal de police correctionnelle d'Annecy, en date du 26 novembre 1890 et l'arrêt de la Cour de Chambéry en date du 9 janvier 1891, condamnant l'officier de santé Perret : 1° pour homicide par imprudence et exercice illégal de la médecine en essayant de pratiquer une version et n'y pouvant réussir, en faisant usage du crochet de son forceps ; 2° comme ayant exercé illégalement la pharmacie; 3° comme ayant exercé illégalement la médecine pour avoir différentes fois franchi les limites de son département.

Il est vraiment incroyable qu'au moment où une loi, déposée sur le Bureau de la Chambre des députés, va mettre fin à la situation si singulière et si bizarre faite à l'officier de santé, situation qui lui défend, à lui, appelé près d'un malade qui a mis en lui sa confiance et vient réclamer sa visite, de franchir la limite d'un département; il est vraiment incroyable, dis-je, qu'on trouve à Annecy et à Chambéry des magistrats assez *arriérés* (1) pour trouver là un fait d'exercice illégal de la médecine. Parmi nos confrères les docteurs, les plus partisans de l'unification des titres médicaux, il n'y en a pas un seul qui ne reconnaisse l'absurdité d'une pareille loi. Aussi je passe outre.

Second grief. — L'officier de santé Perret a plusieurs fois délivré des remèdes à ses clients, alors qu'il y avait un pharmacien ayant officine ouverte dans sa localité.— Quiconque a pratiqué pendant quelques années la médecine à la campagne sait combien il est difficile de trouver une ordonnance exactement remplie par le parmacien du village. — « M. le pharmacien manque d'une spécialité ordonnée ; il n'a pas le cachet pharmaceutique (dragées ou granules) qu'on exige ; il n'est pas sûr d'en vendre beaucoup et comme il n'a pas sur ces drogues que le médecin ordonne (parce qu'il les connaît et qu'il croit devoir les recommander de préférence) un bénéfice très positif, M. le pharmacien ne les tiendra pas; du reste, s'écrie-t-il, ces préparations n'existent pas au Codex. » — Dans ces conditions, *tout médecin sérieux n'a certes pas le droit, mais il a quelque chose qui prime le droit, il a le devoir de fournir à ses malades des remèdes sûrs, sur l'efficacité desquels il peut compter et non des falsifications sans valeur*.— Ces falsifications ne manquent pas plus en pharmacie qu'en épicerie.

Et vraiment, MM. les pharmaciens ont un rude toupet pour se plaindre ! — Entrez chez un pharmacien à la campagne, un jour de marché ou de foire dans la localité. Cinquante clients s'écrasent autour du comptoir où non seulement M. le pharmacien et son élève *officient*, mais aussi madame la pharmacienne et souvent sa *demoiselle*, venues là pour aider le commerce.

Parmi ces cinquante clients, il n'y a pas dix porteurs d'une consultation signée d'un médecin.

(1) Quand je dis *arriérés*, je ne force pas le mot, car les juges d'Annecy ne se sont pas contentés d'appliquer les lois de l'an XI, ils ont remué la poussière de l'ancien régime pour trouver une déclaration du 25 avril 1777! Glorieuse révolution de 1789, où sont donc tes bienfaits ? J. L.

— « Messieurs, glapit une femme, donnez-moi donc une potion pour la toux.» — « Bien, ma bonne femme ! » — On sert immédiatement. — « M'dame mon éfant a les vers, qu'é qu'i faut li donner ? — Madame la Pharmacienne est alors, dans son rôle, c'est elle qui délivre la consultation et le petit paquet providentiel ! — Que peut-on demander à la demoiselle ? — De temps à autre un grand diable, en habit de clown, fait irruption dans la pharmacie — c'est le garçon — orchestre du charlatan établi vis-à-vis l'officine. — « Encore, dit-il, essoufflé.» — «Ah ! ça va bien, dit le pharmacien », et lâchant toute sa clientèle, il va prendre au laboratoire un litre d'alcool et une toute petite fiole d'essence de girofle, qu'il remet au clown, lequel se sauve à toutes jambes, et en avant ! grosse caisse et cymbales recommencent comme de plus belle. — Deux bonnes femmes attendant leur tour pour une *purge* : « *Si j'allions acheter au dentiste une bouteille pour les dents* ! »

Cela vous a l'air drôle et vous étonne. Cependant, voilà le rôle joué dans la société par le pharmacien de campagne à la fin du XIXe siècle ! J'ai vu ; et il a fallu que je voie pour croire. Je n'exagère pas, je suis au-dessous de la vérité.

Et, que dire de ces pharmacies dont les réclames honteuses salissent la quatrième page de nos journaux politiques ? Solême et Vincent, pour ne citer que les principaux, ont été condamnés à des amendes dérisoires, aussi leurs annonces reparaissent plus pompeuses que jamais.

Ces faits constituent cependant tout à la fois : exercice illégal de la pharmacie et exercice illégal de la médecine !

Un médecin se plaint, un syndicat vient à la rescousse, l'Association générale s'en mêle ; allons donc ! c'est aux plaignants qu'on jette la pierre !

Que dire sur le premier chef de l'accusation ? *Un officier de santé n'aurait pas le droit de faire une version et une simple sage-femme possède ce droit* ?

Un officier de santé n'a pas le droit de faire une application de forceps, réputée grande opération, sans l'assistance d'un docteur, sauf, ajoute une loi *très élastique*, dans le cas de *force majeure*.

Or, il faut savoir qu'à la campagne, neuf fois sur dix en matière d'accouchement, un médecin n'est appelé que quand les matrones du village ont tout essayé en vain. Il y a donc *force majeure* d'agir promptement, si on a souci de deux existences en jeu, celle de la mère et celle de l'enfant. L'officier de santé appelé devrait donc simplement constater le cas, faire appeler un Docteur, en somme perdre 2, 3 ou 4 heures, souvent plus, et quand le docteur arrive (si encore il arrive !), tout est fini — Mère et enfant seront partis pour le grand voyage dont on ne revient jamais. Ne pas agir en ce cas serait non seulement absurde, *mais contraire à tous les devoirs qu'un médecin, quel que soit son titre, doit remplir*.

En matière d'accouchement, un officier de santé, ayant fait ses études dans une école préparatoire a souvent, par suite des accouchements qu'il peut suivre à l'hôpital et dans la clientèle pauvre de la ville où souvent son professeur l'envoie sous sa garantie personnelle, bien entendu, une plus grande expérience que le Docteur, à moins que ce dernier n'ait été Interne, ou tout au moins Externe dans un Hôpital dépendant d'une Faculté.

D'autre part, on pouvait supposer plus ou moins *ignare* l'officier de santé d'autrefois. Mais, à deux reprises différentes, les examens qu'il a dû subir ont été modifiés. L'officier de santé a été obligé de s'instruire ; ses examens sont devenus plus sérieux et plus difficiles, mais quant à sa valeur ! Oh ! non, elle est toujours la même, ses droits n'ont pas été étendus ; au contraire, quelques personnalités chercheraient à les restreindre encore. C'est toujours le *paria* de la société médicale.

Eh bien ! nous sommes, je le crois, dans le siècle de la Liberté. Si vous n'émancipez pas ce jeune enfant, qu'on veut encore emmailloter, il saura s'émanciper *seul* et il l'a déjà fait plus d'une fois.

Je regrette d'être un peu long, mais mon sujet l'exige. Il s'agit d'un condamné, le confrère Perret, *qui doit être absous*. Qu'on me permette donc de narrer seulement deux faits. J'en aurais bien d'autres à raconter depuis bientôt vingt ans que j'exerce la médecine à la campagne ; mais je veux plaider pour un confrère, non pour moi, et surtout je ne voudrais pas fatiguer mes lecteurs.

C'était en 1876. Le Dr M....., appelé à environ dix kilomètres de sa résidence pour terminer un accouchement, trouve une main d'enfant qui sortait de la vulve. L'enfant ne donnait plus signe de vie. — Mettre la femme en position, aller chercher un pied, c'était facile à dire, mais impossible à faire. Après plusieurs tentatives infructueuses, le Dr H..... se décide à faire l'amputation de ce bras qui gênait le passage de sa main un peu épaisse. A la suite de cette opération, sa main passa, contourna l'enfant et rapporta un pied ; il était sauvé ; mais ce diable de pied n'était autre chose que l'autre main du fœtus. Furieux, il ampute le second bras comme le premier, mais trouver un pied est tentative vaine, et pourtant plusieurs fois réitérée. Ennuyé, tombant de fatigue, il envoie chercher à deux lieues de là l'officier de santé R....., un bon vieux confrère qu'on n'oublie pas quand on l'a vu une fois. — R. arrive. La femme, épuisée, n'avait plus de douleurs. La main de R....., ce vieux praticien rompu au métier, passe facilement, un pied est saisi, et en moins de dix minutes l'accouchement est terminé.

Croyez-vous que, comme le Dr Adam, ce pauvre R... ait tiré quelques mauvaises conclusions des agissements du Dr H..? Pas du tout. « Peut-être, nous racontait-il, arrivant au même moment que lui, je n'aurais pas pu pénétrer dans la matrice. Je donne tort au confrère d'avoir tranché inutilement, à mon avis, des bras qui pouvaient me guider dans la recherche des pieds, mais, quand je suis arrivé, la femme n'ayant plus de douleurs, le confrère, s'il l'avait essayé de nouveau, aurait pu agir aussi facilement que moi. »

Ne trouvez-vous pas que ce cas a quelqu'analogie avec le cas Perret-Adam ? Le Dr Adam peut-il affirmer que, *s'il avait été appelé au même moment que Perret chez la femme Gotta, au moment où cette femme qui avait déjà eu deux enfants morts-nés, était en pleines douleurs d'enfantement, au milieu de contractions utérines énergiques, il eût fait mieux que lui* ? Je laisse mes lecteurs juges de la question.

Voulez-vous un autre cas d'accouchement se terminant au dernier moment d'une façon bizarre ?

Le voici. La sage-femme de C.... est appelée à Saint-G. d. M. pour une femme en travail. Les eaux étaient écoulées depuis longtemps et pas de présentation. La sage-femme eut tort d'attendre, car s'il n'y a pas de présentation, c'est qu'il y en a une mauvaise.

A 11 heures du soir une main d'enfant se présente à la vulve. C'était chez une primipare, chose encore plus ennuyeuse. La sage-femme tente la version ; impossible. Elle fait demander aussitôt ce bon confrère, officier de santé R... (le même que j'ai signalé dans la précédente observation). Il arrive au lever du jour et tente, lui aussi, la version. Ses tentatives échouent et il me fait demander. Comme lui je tente en vain d'introduire ma main, relativement très petite, dans la matrice, mais tout le thorax de l'enfant était descendu dans la cavité pelvienne qu'il remplissait. L'embryotomie était notre seule ressource, car on ne peut compter sur une évolution spontanée, surtout chez une primipare.

Tout en n'étant que simple officier de santé, je prends bravement le parti de l'embryotomie et *en pareil cas, même seul, je n'hésiterai jamais, dussé-je être moi aussi condamné.*

J'arrivai à passer autour du thorax de l'enfant, mais non sans quelque difficulté, une ficelle à fouet et, me servant de la vis de Joulin, comme écraseur, je tourne ; mais jugez de mon étonnement, au lieu de couper l'enfant, c'est lui qui vient tout seul en évolution spontanée et sans efforts ! Cette grande opération n'avait pas duré une demi-heure ! Le pauvre confrère R..., que depuis j'ai souvent aidé et qui m'a quelquefois servi d'aide dans des corvées analogues, resta *stupéfait* ! Avoir si longtemps travaillé sans résultat pour voir cela venir tout seul !

Eh bien, cette terminaison si heureuse et si brève fut-elle due seulement à mon intervention ? Non, à coup sûr.

Je pourrais citer une douzaine d'observations de ce genre, mais je ne veux pas abuser. Tout médecin en a autant à son actif.

J'arrive à la morale de l'histoire. Perret n'est pas aussi coupable qu'on veut bien le dire et la déposition du Dr Adam n'est qu'un fait de petite jalousie confraternelle. C'est mon opinion.

Dans une consultation médicale, le dernier confrère appelé a bien souvent l'habitude de donner tort au médecin traitant, pas en termes positifs, mais avec ces petits sous-entendus qui veulent dire : Si on m'avait appelé d'abord, les choses n'en seraient pas là ! Le confrère aurait fait merveille ! On peut le penser, même le croire, mais........

Dans cette lettre, trop longue, j'ai voulu défendre un confrère attaqué, à tort selon moi. J'ai voulu en même temps défendre les *parias* de la profession, les officiers de santé de la campagne, sur le dos desquels on tombe tous les jours sans raison ; car enfin que leur demandez-vous ? Tout. Il faut qu'il soient accoucheurs, dentistes, oculistes, etc., en un mot qu'ils embrassent toute la médecine. Vous les voulez des *aigles* ; combien comptez-vous d'aigles parmi les spécialistes qui pourtant n'envisagent qu'une des faces de la pratique médicale ? (1)

Il paraît que ces arrêts de la Cour de Chambéry et du tribunal d'Annecy font tapage en haut lieu. Puisse ce tapage arriver aux oreilles de nos députés et les obliger enfin à s'occuper de cette nouvelle loi qui doit régler définitivement en France la situation du corps médical !

Peut-on espérer qu'après l'unification des titres ou la suppression de l'officiat de santé, tous les médecins français ne formeront plus qu'un seul corps, uni par d'excellents rapports confraternels pour la défense de leurs intérêts professionnels plus en péril que jamais ?

Je l'espère, mais je ne vois pas encore venir cet heureux temps ! Tout le monde a pu lire, il y a peu de temps, et sous la signature d'un médecin de la Faculté de Paris, un article où les facultés de Lyon et de Bordeaux étaient traitées de *fabriques* de Docteurs.

Les loups, dit-on, se mangent quelquefois entre eux.

A quand donc l'âge d'or de la médecine ?

J. Lefeuvriez.

(1) Au fur et à mesure qu'on les instruit davantage, on les enserre encore plus dans des liens infranchissables. Mais que diable ! ils paient patente à la patrie, et la patrie, comme le soleil, leur appartient comme à tous ceux dont on exige ce tribut. Qu'on poursuive donc l'exercice illégal !

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical du Loiret

(*Suite et fin*).

L'article 4 est adopté avec l'addition des mots : *du dispensaire*, (la détermination du dispensaire, de l'infirmerie, etc...)

Les articles 5 et 6 sont adoptés ;

L'Assemblée générale n'examine pas le titre II (art. 7, 8, 9, 10 et 11), estimant qu'il n'est pas de sa compétence.

L'article 12 est adopté après addition de la disposition suivante :

La commission... est composée du médecin ou d'un délégué des médecins du service d'assistance, des membres des commissions, etc.

L'article 13 est adopté.

L'article 14 est repoussé et remplacé par la rédaction suivante :

La Commission administrative du bureau d'assistance, sur la convocation de son président, se réunit *chaque année, un mois avant la session ordinaire de novembre*, à l'effet de dresser la liste des personnes qui, ayant dans la commune leur domicile de secours, doivent être, en cas de maladie, admises à l'assistance médicale.

Tous les médecins de l'assistance médicale assistent à la séance *avec voix délibérative.*

L'article 15 est adopté.

L'article 16 est modifié ainsi qu'il suit :

La liste est arrêtée par le Conseil municipal. *A la séance assiste avec voix consultative le médecin ou le délégué des médecins de l'assistance. Le procès-verbal constate sa présence ou du moins sa convocation régulière.*

La liste est déposée.... etc....

Les articles 17, 18, 19 et 20 sont adoptés ;

L'article 21 est adopté avec cette addition que l'admission d'urgence prononcée par le Maire, devra être ratifiée par le bureau d'Assistance.

Les articles 22, 23, 24 et 25 sont adoptés.

Le titre IV (secours hospitaliers), comprenant les articles 26, 27, 28 et 29 est adopté.

Le titre V (Dépenses, voies et moyens), comprenant les articles 30, 31 et 32 est adopté.

Sont de même adoptés les articles 34, 35, 36 et 37.

Sur l'article 38 et dernier, le Syndicat demande que les départements qui justifieront remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance puissent conserver une organisation spéciale.

Cette faculté ne serait réclamée que si les autres revendications du syndicat étaient repoussées.

L'Assemblée générale adopte ensuite l'ensemble du projet modifié comme il vient d'être dit.

Elle délègue pour soutenir les revendications du Syndicat près de la commission parlementaire une commission spéciale de trois membres et, sur la proposition du président, désigne pour faire partie de cette commission :

M. Chipault, d'Orléans, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, qui sera président du Syndicat ;

M. Verdureau, de Patay, conseiller général du Loiret ;

M. Gassot, de Chevilly, secrétaire général du Syndicat et inspecteur départemental du service de la médecine cantonale.

M. le Président Defaucamberge fait remarquer que le vote de la loi sur l'assistance, quelles qu'en soient les dispositions définitivement adoptées, aura son contre-coup sur l'organisation du service dans le Loiret. Il estime que le syndicat doit se préoccuper de cette éventualité et propose à l'Assemblée générale de mettre la question immédiatement à l'étude.

Lors de leurs prochaines réunions, les divers cercles formuleraient leurs desiderata et le Conseil syndical s'occuperait de l'élaboration d'un nouveau règlement.

Il est bien évident d'ailleurs que la réforme devra s'opérer d'accord avec l'Administration départementale : or, il existe entre cette dernière et le Syndicat un trait d'union naturel dans la personne du secrétaire général du Syndicat, qui pourrait assister aux réunions des cercles et fournir tous les documents comme toutes les explications nécessaires.

Conformément à cette proposition, l'Assemblée générale met à l'étude l'organisation du service d'Assistance publique dans le Loiret, et invite M. Gassot à assister aux réunions des cercles dans lesquelles cette question sera traitée.

Sur la proposition de plusieurs membres, l'Assemblée générale met pareillement à l'étude la question des Sociétés d'assurances contre les accidents qui développent leur propagande d'une manière très active et peuvent créer un état de choses fort préjudiciable aux intérêts du corps médical.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un vice-président pour l'année 1890-1891,

Il est procédé à cette opération ;

Le président dépose dans l'urne les bulletins de vote de MM. Boutet de Monvel, Rocher, Verdureau (d'Orléans) et Lambry.

Le scrutin étant clos, le dépouillement est effectué et donne le résultat suivant :

Nombre de suffrages exprimés...	30	
Majorité absolue..................	16	
Ont obtenu :		
MM. Penot, de Malesherbes..........	22	voix.
Moraud, de Pithiviers...........	5	—
Augé, père, de Pithiviers........	1	—
Prud'homme, de Pithiviers.......	1	—
Mora, de Bazoches les Gallerandes.	1	—

En conséquence, M. le Dr Penot, de Malesherbes, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages, est proclamé vice-président du Syndicat pour l'année 1889-1890.

L'ordre du jour appelle l'élection du secrétaire-trésorier pour une période de deux années (juillet 1890, juillet 1892).

Sur la proposition du président, l'Assemblée générale, par acclamations, désigne pour ces fonctions, M. le Dr Gassot, de Chevilly.

M. le président Defaucamberge annonce à l'Asblée générale qu'en vertu de l'article 11 des statuts, M. le Dr Chipault, d'Orléans, devient président du Syndicat pour l'année 1890-1891, et qu'en conséquence le bureau du Syndicat, pour cette année, est composé de :

MM. Chipault, d'Orléans : *Président.*
Penot, de Malesherbes : *Vice-Président.*
Gassot, de Chevilly : *Secrétaire-Trésorier.*

En l'absence de M. le président Chipault, M. Gassot, secrétaire, remet à M. le Dr Defaucamberge, président sortant, la médaille commémorative de sa présidence. Il croit être l'interprète du Syndicat tout entier en remerciant M. Defaucamberge du zèle et du dévouement qu'il a apportés dans l'exercice de ses fonctions présidentielles.

Applaudissements.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Secrétaire, A. Gassot, — *Le Président,* E. Defaucamberge.

REPORTAGE MÉDICAL

Trente-deuxième assemblée générale de l'Association. — Ordre du jour de la séance du dimanche 5 avril 1891. — La séance sera ouverte à *deux heures.*

1° Rapport de la Commission de recensement des votes relatifs à l'élection du Président de l'Association générale des Médecins de France ;

2° Allocution du Président ;

3° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, Trésorier ;

4° Rapport sur cet Exposé et sur la gestion financière du Trésorier, par M. Durand-Fardel, membre du Conseil général ;

5° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale, pendant l'année 1890, par M. A. Riant, Secrétaire-général ;

6° Election de la Commission chargé d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1892 ;

7° Election des Membres du Bureau dont le mandat quinquennal est expiré : MM. Larrey et Bouchacourt, Vice-Présidents ; M. Brun, Trésorier ; M. Blanche, Vice-Secrétaire ;

8° Présentation de candidat pour le Conseil général de l'Association : — et renouvellement partiel du Conseil général ;

Membres du Conseil à renouveler : MM. Cornil, Durand-Fardel, Lereboullet, Leroux, Worms, Bergeron, arrivés au terme de leur exercice.

Les membres du Bureau et du Conseil sont rééligibles ;

9° Première partie du Rapport de M. Passant, sur les pensions viagères à accorder en 1891.

A sept heures précises le banquet (Hôtel Continental).

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU LUNDI 6 AVRIL 1891.

La séance sera ouverte à *deux heures*.

1° Vote du procès-verbal de la dernière Assemblée générale ;

2° Approbation des comptes du Trésorier par l'Assemblée générale ;

3° Deuxième partie du Rapport de M. PASSANT, sur les pensions viagères ; — Discussion et vote des propositions ;

4° Exposé de l'enquête sur la question de l'*Assurance-Maladie*.

5° Rapport de M. MOTET sur le vœu de la Société des Landes (*Etude des changements et améliorations à apporter à la médecine légale*) ;

6° Rapport de M. WORMS au nom de la Commission chargée de l'étude des propositions et vœux soumis, par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'Assemblée générale, pour être l'objet de Rapports en 1892.

Exercice illégal par les opticiens. — D'après un jugement rendu par le tribunal correctionnel du Havre, doit être considéré comme indication de remèdes et consultation au sens médical, et par suite comme exercice illégal de la médecine, le fait par un opticien de donner à un client des indications pathologiques sur l'état de sa vue et de prescrire, pour la guérison d'une affection des yeux, une combinaison de verres.

Le dimanche 1er mars a eu lieu, restaurant Marguery, une séance de l'Association de l'Oise et du Syndicat du département.

La réunion s'est entretenue de questions générales et, au sujet de *l'indemnité de maladie*, l'Association a décidé qu'elle enverrait à tous les présidents et secrétaires des Sociétés locales une circulaire spéciale, destinée à éclaircir le questionnaire qui leur a été envoyé par le Conseil général et à préciser exactement les points essentiels du projet qu'elle a élaboré.

L'Assemblée a traité ensuite des questions locales : *application de la loi Roussel dans l'Oise ; réorganisation de la médecine des indigents* ; constatation des décès. Sur ces trois points les deux Sociétés ont été d'accord pour faire appel aux renseignements de MM. les Drs Gérard, maire de Beauvais et Baudon fils, de Mouy, tous les deux conseillers généraux du département. Grâce à leur intervention et à la bonne volonté de M. le Préfet de l'Oise, on espère arriver à améliorer les services médicaux du département.

La *réforme des tarifs médico-légaux* n'a pas fait un pas malgré les promesses réitérées du ministère de la justice au Sénat. Dans la discussion du dernier budget on ne trouve aucun article qui vise l'élévation de ces honoraires et la *commission* de la chancellerie qui étudie *la réforme des tarifs judiciaires* est vieille d'une année de plus ; elle date bien de 10 ans et n'a pas encore abouti. Il en sera toujours de même, si nos confrères de Rodez ne reprennent pas leur grève. Ce n'est pas l'Association générale qui les remplacera !

Electrothérapie gynécologique. — Le Dr Brivois commencera le lundi 6 avril un cours d'*Electrothérapie gynécologique*. Le cours sera complet en 9 leçons et durera un mois. Théorique et pratique, il comprendra toutes les opérations électriques pratiquées sur l'utérus et ses annexes. Les élèves exécuteront eux-mêmes ces opérations. S'inscrire à la clinique du Dr Brivois, 15, rue Malebranche, tous les jours de 1 à 3 heures.

FORMULAIRE DU CONCOURS MÉDICAL

Mixture apéritive, excito-motrice de la contractilité gastrique et laxative.

Teinture de Baumé........ 2 grammes
Teinture de noix vomique... 5 —
Teinture de rhubarbe........ 20 —
Teinture de gentiane......... 20 —
Sirop d'écorces d'oranges.... 100 —

Une cuillerée à café au moment du déjeuner et du dîner.

P. L. G.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

Dr HOUPERT, à Usson (Vienne), membre du syndicat de la Vienne.

Dr JOANY, à Cabzac, présenté par M. le Dr Moulinier, d'Excideuil.

BIBLIOGRAPHIE

L'art de soigner les enfants malades, guide hygiénique des mères par le Dr E. Périer, 1 vol, in-16 de 215 pages de la *Petite bibliothèque médicale* à 2 fr. le volume. Librairie *J.-B. Baillière et fils*, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Manuel du doctorat en médecine, par le professeur Paul Lefort. Librairie *J.-B. Baillière et fils*, 19, rue Hautefeuille.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY,

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André, Maison spéciale pour journaux et revues.

Treizième année **N° 12** 21 Mars 1891

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

VOTE

d'une nouvelle législation sur l'exercice de la médecine.

En 1880, l'Association générale, découragée, avait paru renoncer à poursuivre la revision des lois de l'an XI.

En 1881, le *Concours médical* nommait une *Commission de Revision*, présidée par M. le Dr *Chevandier*, député de la Drôme. M. le Dr *Geoffroy* en traduisait les travaux en un remarquable rapport. Durant huit années les membres de notre Société, par des démarches sans cesse répétées, par des sollicitations auprès de leurs représentants et par des pétitions, ne cessaient d'intercéder auprès des Chambres.

La persévérance de M. le Dr *Chevandier* et nos efforts ont été enfin, mercredi et jeudi, couronnés d'un succès complet. *La loi tout entière, à peine amendée,* a été votée le 19 au soir.

Nous avons assisté aux deux journées de la discussion et nous devons remercier surtout MM. les docteurs *Langlet*, de Reims, et *Isambart*, de l'Eure, qui ont été sans cesse sur la brèche, avec le rapporteur, pour défendre les intérêts de la profession médicale.

Nous devons associer à nos hommages M. *Brouardel*, qui a prouvé que le gouvernement était on ne peut mieux disposé en faveur des médecins.

Grâce au travail de la Commission tout entière, les bons principes ont prévalu et, en ce qui concerne la Chambre des députés, dès aujourd'hui un autre résultat est acquis :

Les médecins sont admis à bénéficier de la loi de Mars 1884. Les syndicats sont reconnus et leur développement ne sera plus entravé.

Les renseignements que nous possédons nous permettent d'espérer que le *Sénat* voudra, dans un bref délai, examiner la loi votée par la Chambre ; nous ferons tout ce qu'il faut pour y parvenir et l'année 1891 ne se passera pas sans voir le Corps médical doté, enfin, d'une législation féconde pour sa considération et son bien-être.

Les membres du Concours, à défaut d'autres, qui, parfois, passent nos œuvres sous silence, ou les attribuent à ceux à qui elles n'appartiennent pas, rendront sûrement au *Conseil de Direction* cette justice qu'il a rempli tout son devoir.

Quant au père de la loi, M. le député *Chevandier*, nous rechercherons les moyens de lui témoigner, ainsi qu'à ses collègues de la Commission, la gratitude de tous les médecins, pour avoir accompli une œuvre attendue par eux depuis cinquante années.

Nous consacrerons un numéro spécial au compte rendu des débats.

A. C.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le secret professionnel en littérature.

Deux questions relatives au secret professionnel ont été agitées récemment ; la première est relative aux poursuites exercées contre un de nos confrères, ancien médecin de marine devenu littérateur, M. Vigné d'Octon, qui a publié sous le titre l'*Eternelle blessée* un roman sensationnel. L'héroïne est une jeune femme, récemment mariée, atteinte de vaginisme, ce qui désespère son mari et s'oppose à la consommation de l'acte conjugal. Quand le roman parut, un lecteur qui avait appelé le Dr Vigné d'Octon près de sa femme pour un cas semblable, crut que celui-ci avait peint d'après nature et l'accusa de violation du secret professionnel. Il est vraiment difficile de considérer cela comme une violation du secret médical ; M. Vigné d'Octon n'a pas nommé cette dame et jamais personne ne l'aurait reconnue si le mari n'avait réclamé. Il arrive chaque jour que nous publions des observations recueillies dans notre clientèle, en désignant le ou la malade sous le nom de M.. ou Mme X. ; nos clients vont-ils se reconnaître dans les observations publiées ? Eux seuls peuvent se reconnaître, et par conséquent le secret n'est pas violé.

Le secret professionnel entre médecins.

Dans la séance du 9 courant à la Société de Médecine légale, M. Brouardel a cru devoir consulter ses collègues sur le cas suivant, que nos lecteurs connaissent déjà à un autre point de vue et qui paraît destiné à occuper beaucoup le corps médical, puisqu'il touche à la fois à la question des droits de l'officier de santé et au secret médical : « Un officier de santé, appelé auprès d'une femme en couches, applique le forceps. Il n'a pas le droit de le faire. Mais la question n'est pas là.

L'instrument fut-il mal appliqué ? Le cas était-il de ceux qui, quoi qu'on fasse, ont une issue funeste ? toujours est-il qu'un accident des plus graves survint et que l'officier de santé effrayé appela un docteur à son aide. Le docteur arrive et essaye de sauver l'enfant et la mère, mais tous deux succombent. La famille fait alors un procès à l'officier de santé et appelle en témoignage le docteur qui fut le confident d'abord, le témoin ensuite, des opérations qui avaient été pratiquées sur la femme et des conséquences qu'elles avaient entraînées. Ce médecin demande à M. Brouardel s'il doit se retrancher derrière le secret professionnel ou bien révéler ce que l'officier de santé lui a confié de sa maladresse et de sa malheureuse intervention. M. Brouardel a demandé à la Société de médecine légale de soumettre ce cas rare à la commission du secret professionnel. Sans vouloir préjuger en rien l'avis de ses collègues, il croit, pour sa part, que le docteur en médecine doit se retrancher derrière le secret professionnel pour les trois raisons suivantes : 1° Il n'a connu les faits dont il s'agit qu'à l'occasion de sa profession ; 2° L'officier de santé l'a pris pour confident ; 3° Si on admet qu'il peut parler, il arrivera probablement que dans un cas analogue, un officier de santé qui aura commis une faute, hésitera à faire appel à un docteur en médecine pour essayer de la réparer. Il craindra des indiscrétions, et qui sera la victime ? La femme en couches. » (*Bull. méd.*)

La faculté de procréation des châtrés.

D'expériences faites par G. Massazza (*La Riforma medica*) sur les animaux, il résulte que les animaux châtrés ne perdent pas immédiatement la faculté de copulation, que les voies spermatiques (canal déférent et vésicules) renferment encore des spermatozoïdes pendant un temps assez long, mais que ces spermatozoïdes perdent au bout d'un certain temps leur pouvoir fécondant. Cette limite doit être fixée au 9e jour qui suit la castration ; comme il n'est guère à supposer que l'homme qui est privé de ses deux testicules soit en disposition de se livrer au coït pendant les 9 jours qui suivent la castration, on doit nier la faculté de procréation des sujets châtrés.

Dépopulation de la France.

M. J. *Rochard* a lu, au nom de la commission nommée par l'Académie, les vœux suivants qu'il soumet au vote de ses collègues :

1° Que les tours, institués par le décret impérial du 19 janvier 1811, lequel est tombé en désuétude, mais n'a pas été abrogé, soient remplacés par des bureaux ouverts dans lesquels le secret sera scrupuleusement observé ;

2° Que la loi du 23 septembre 1874 sur la protection des enfants du premier âge soit revisée dans quelques-unes de ses dispositions et notamment dans celle qui a trait à l'élevage mercenaire. Il ne faut pas désormais qu'il échappe à la surveillance sous le couvert de la parenté. Il faut qu'une statistique irréprochable permette de mesurer exactement les effets de la loi ; que l'inspection médicale soit solidement organisée partout et que la loi soit obligatoire pour tous les départements ;

3° Que la vaccination soit rendue obligatoire par une loi ;

4° Que la revaccination soit encouragée de toutes les manières et même imposée par les pouvoirs municipaux toutes les fois que la nécessité leur en sera signalée par les médecins des épidémies et les conseils d'hygiène ; la revaccination deviendra obligatoire dans les cas d'épidémie de variole, parce que, contrairement au préjugé populaire, c'est le moment où elle est le plus nécessaire ;

5° Que les enfants soient tous vaccinés et revaccinés dans les écoles, comme les soldats le sont dans les régiments ;

6° Que l'isolement des varioleux, surtout dans les établissements hospitaliers, soit imposé par des mesures législatives.

7° Qu'un service régulier de vaccination, fonctionnant dans toute l'étendue du territoire, soit organisé de telle façon que chacun puisse se faire vacciner ou revacciner à jour fixe, sans déplacement et sans frais.

8° Que les municipalités et, à leur défaut, les préfets soient armés de pouvoirs suffisants pour assurer la salubrité publique dans toutes les agglomérations et pour faire distribuer partout de l'eau potable exempte de toute souillure ;

9° Qu'on assainisse les établissements publics (lycées, casernes, prisons, etc.) et qu'on encourage partout la désinfection des personnes, des

locaux, du linge, des vêtements et de la literie, à la suite des maladies contagieuses ;

10° Qu'on arrête les ravages de la syphilis, en réglementant la prostitution.

Enfin l'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur celles de nos dispositions législatives qui peuvent entraver l'essor de notre population, en favorisant les restrictions volontaires qui diminuent notre natalité. Elle signale plus particuliérement celles qui concernent la transmission de la propriété, la répartition des impôts et la recherche de la paternité.

De la valeur du Gonococcus de Neisser au point de vue de la médecine légale.

M. *Bovet* (de Pougues) a communiqué à la Société de médecine pratique une observation tendant à démontrer que le médecin légiste s'exposerait à de graves erreurs en mettant exclusivement sur le compte de la blennorrhagie la présence du gonocoque dans la vulvite des petites filles. Il s'agit d'une famille aisée dans laquelle les deux petites filles ont été atteintes à quelques jours de distance de vulvite sans causes apparentes d'origine. Quelque temps après, la mère des enfants est également atteinte d'accidents inflammatoires vulvaires avec cystite assez violente. Des soins de propreté, unis à une antisepsie rigoureuse, eurent bientôt raison des accidents constatés. C'est alors que le père a des rapports avec sa femme et ressent, deux jours après, une douleur vague dans l'urèthre, bientôt suivie d'un écoulement uréthral, assez limpide d'abord, qui devient bientôt purulent avec tous les symptômes de la blennorrhagie. Il y a donc eu là infection du père par la mère, laquelle par contage avait été elle-même infectée par ses enfants. Cette observation et les cas signalés déjà par MM. Bordas et Vibert, à la Société de médecine légale, à propos de viol sur des petites filles commis par des individus ne présentant pas d'écoulement, tendent à prouver : 1° Que le gonocoque ne serait pas infailliblement l'agent de la blennorrhagie ; 2° Que dans les cas présumés de viol sur des petites filles, il ne faudrait pas pour affirmer le délit s'en rapporter à la présence du gonocoque dans l'écoulement vulvaire.

Nouveau véhicule pour la digitaline et autres médicaments dangereux.

M. *A. Petit*, préconise une préparation glycéro-alcoolée de digitaline cristallisée au millième. Il donne la formule suivante pour la digitaline :

Digitaline cristallisée..........	1 gramme.
Liquide glycéro-alcoolique.....	q. s.

pour faire un litre à 15°.

La formule du glycéro-alcoolé pour les solutions serait, pour obtenir un litre à 15° :

Glycérine (D = 1250 à 15°)...	333 grammes.
Eau distillée................	147 —
Alcool à 95°................	q. s.

Au moment du mélange, il y a contraction et élévation de température. Un centimètre cube pèse donc un gramme. Cette formule présente, en outre, l'avantage que *un gramme* ou *un centimètre* cube correspond exactement à 50 gouttes, ce qui permet de donner au début des doses de 1/50 de milligramme. Ce véhicule présente encore les avantages suivants : 1° Conservation indéfinie ; 2° Evaporation rendue difficile par la viscosité du liquide ; 3° Solubilité compléte assurée dans la plupart des cas, même quand le liquide est étendu d'eau.

Parasites des fosses nasales.

M. *Delobel* (de Noyon) a observé une jeune fille de 15 ans qui se plaignait de maux de tête violents s'accompagnant de sécrétions nasales abondantes d'apparence vermiculaire. D'après la mère, de semblables sécrétions auraient eu lieu par l'anus. La malade accuse des fourmillements dans les fosses nasales. Cependant, à l'examen rhinoscopique, on ne trouve rien de particulier. Malgré la rareté du fait, M. Delobel pense à la présence de larves de mouches bleues dans les narines de sa malade, celle-ci ayant coutume pendant l'été de se coucher sur l'herbe à la campagne. Il prescrit des douches naso-pharyngiennes avec une solution boriquée de 4 0/0, en recommandant à la malade de lui apporter les parasites dès qu'elle le pourrait. Quelques jours après, elle revient avec environ 30 parasites de volume différent, qu'il reconnaît pour être la larve de la mouche bleue (Calliphora vomitoria), autrement dit, l'asticot des pêcheurs à la ligne. M. Delobel change l'acide borique contre le chlorure de sodium à 40 0/0, par économie, pour les douches naso-pharyngiennes et pour les lavements tous les deux jours. Ce traitement a eu pour résultat de faire disparaître promptement les larves qui étaient la cause des désordres constatés. M. Delobel explique leur présence par le dépôt, dans les fosses nasales de la jeune fille, d'œufs d'une mouche bleue ayant donné promptement naissance à des larves. Il recommande dans ce cas les douches naso-pharyngiennes antiseptiques.

Thérapeutique des stomatites et des accidents cutanés d'origine intestinale par l'antisepsie (1).

M. le Dr V. *Galippe* fait remarquer que l'antisepsie intestinale est très utile dans les stomatites qui sont toutes de cause septique. M. Ch. Féré a montré que des éruptions bromiques très étendues étaient rapidement guéries par l'antisepsie intestinale. En outre, M. Féré insiste sur ce point que chez les malades dont la sécrétion rénale se fait bien, il ne se produit point de phénomènes d'intolérance. La constatation de ces faits est d'autant plus importante que M. Féré administre le bromure de potassium jusqu'à la dose journalière, longtemps prolongée, de 14 à 15 grammes. Pour obtenir l'antisepsie intestinale, M. Féré administre le naphtol et le salicylate de bismuth. De plus, il se préoccupe en même temps de la propreté de ses malades et leur fait prendre des bains fréquents. Dans ces conditions, il peut continuer l'administration du bromure de potassium à haute dose, sans observer aucun phénomène de bromisme.

L'arsenic ne modifie en aucune façon l'acné bromurique.

Dans un travail sur les stomatites septiques, et en particulier sur la stomatite mercurielle, dont M. Galippe nie l'existence comme entité morbide, notre confrère défend cette opinion que les phénomènes réputés d'origine mercurielle, ne sont en réalité que des accidents d'ordre septique. Ces accidents se propagent par auto-inoculation et

(1) *Journal des Connaissances médicales.*

les malades succombent, non à l'action du métal ingéré, mais à celle des toxines fabriquées dans l'économie.

De même que certaines manifestations cutanées pathologiques, fréquentes chez l'homme, ont été reconnues avoir leur origine dans les fermentations septiques gastro-intestinales, déterminées par un état dyspeptique habituel, de même est-il infiniment probable que les manifestations cutanées, observées dans le cours de la stomatite mercurielle, et rapportées uniquement à l'intoxication hydrargyrique, ne sont que des effets toxiques, déterminés par les produits des fermentations microbiennes si intenses, dont le tube digestif est le siège.

Pour ce qui regarde en particulier les lésions intestinales compliquant encore l'état des malades atteints de stomatite septique et produites par cette septicémie, M. Galippe conseille de faire de l'*antisepsie intestinale*, telle qu'on la pratique par exemple dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Les observations si remarquables de M. Féré, quoique ayant un point de départ différent du sien, lui semblent apporter un appui nouveau aux idées qu'il a défendues. Il lui paraît très probable que, grâce aux modifications apportées dans la composition et la réaction des humeurs par l'absorption du bromure de potassium, il y a une prolifération microbienne exagérée dans tout le tube digestif. Il a noté, d'autre part, ce fait concordant, que chez les personnes prenant habituellement du bromure de potassium, les lésions buccales d'origine microbienne : carie, pyorrhée alvéolaire, gingivite, prenaient un caractère particulier de gravité et marchaient plus rapidement que dans les cas ordinaires. En outre, la fétidité de l'haleine est un phénomène bien connu en pareil cas. M. Galippe a observé également des faits analogues dans l'intoxication chronique par le chlorhydrate de morphine.

HYGIÈNE ET POLICE SANITAIRE (1).

II.

Les mesures sanitaires en Angleterre depuis 1875 *et leurs résultats*, tel est le titre d'un mémoire lu par M. Henri Monod à la Société de médecine publique, dans les séances du 22 décembre 1890 et du 28 janvier 1891.

Cet important travail nous montre, tout d'abord, la concordance parfaite des hygiénistes anglais et des hygiénistes français.

Le docteur Thorne-Thorne, délégué de l'Angleterre à la conférence sanitaire internationale de Rome en 1885, et le docteur Buchanam, directeur du Service de la Santé, ne viennent-ils pas nous déclarer, en même temps que Brouardel et Proust, en France, tout le parti que l'on peut tirer des mesures de salubrité et d'assainissement contre les maladies infectieuses ? Il s'agit de prémunir les individus et de leur donner les moyens de lutter avantageusement contre toute contamination du sol, de l'air et de l'eau : car la puissance de propagation est d'autant plus grande que le milieu est plus insalubre. La fièvre typhoïde, comme le choléra, du reste, diminuent là où les conditions sanitaires sont sauvegardées. Et il en est de même pour toutes les autres maladies infectieuses.

(1) Voir *Concours médical*, 1891, n° 9.

Donc, en principe, concordance absolue d'opinions ; mais en pratique que de différences ! Voyez plutôt ce qu'a fait l'Angleterre, et, dans votre esprit, demandez-vous où en est encore la France...

En Angleterre, jusqu'en 1832, date de la fameuse épidémie de choléra, aucun registre ne mentionnait les décès et les causes de décès. Première lacune ; car on ne saurait établir et rechercher les influences qui accroissent ou restreignent l'action fatale de telle ou telle maladie, sans connaître d'abord les décès, leurs causes et les conditions diverses qui accompagnent l'évolution des maladies. Aussi, dès l'avènement de la Reine Victoria, en 1837, un acte civil des décès fut tenu très régulièrement. Deux ans plus tard, en 1839, on organisa un service d'informations sur les causes des décès, le sexe, l'âge et la résidence des décédés, et, par ce double moyen, on arriva bien vite à mettre en lumière les principales sources de la santé et de la mortalité.

De ces premières recherches, on put déduire le nombre exact des décès, les lieux où la mortalité était la plus considérable, et en classant les causes des décès, on apprit quelles étaient les maladies qui faisaient le plus de victimes. On put conclure alors que la léthalité augmentait ou diminuait suivant le degré d'insalubrité des villes ou des campagnes.

Le criterium était trouvé. Les grandes villes se mirent à l'œuvre, et l'on put voir baisser rapidement le taux de la mortalité. Cependant, jusqu'en 1871, et même 1875, les travaux d'assainissement d'une nature trop privée ou trop restreinte, se poursuivirent lentement. Malgré les 260 millions de francs d'impositions extraordinaires, que nécessitèrent, pendant 20 ans, les travaux d'assainissement, il faut arriver à l'époque de la création du *Local Government Board*, sorte de direction générale de l'assistance et de l'hygiène publique, pour voir la situation sanitaire se modifier considérablement. Un des premiers actes de cette institution fut la promulgation d'une loi générale pour la protection de la santé publique, sous le nom de *Public Health Act*.

A partir de ce moment, ce que les Anglais appellent la *Sanitation*, prit un essor vraiment remarquable.

Pendant 9 années, de 1876 à 1884, il est dépensé en Angleterre, pour l'exécution de travaux d'assainissement, 1,406,250,000 francs, et pour les services sanitaires (tels que l'entretien des travaux, les réparations, etc.) 562,500,000 fr., soit une moyenne annuelle totale de 218,750,000 fr.

Depuis 1884, la somme consacrée annuellement n'est plus que de 80,000,000 de francs environ. Est-ce ralentissement dans le mouvement de la *Sanitation* ? Non, assurément ; mais il faut considérer que la plupart des villes sont aujourd'hui pourvues de travaux neufs, et qu'alors les réparations sont moins fréquentes. Cependant l'assainissement gagne de proche en proche, et bientôt vous ne verrez plus en Angleterre un seul village qui ne s'impose extraordinairement, dans le but d'améliorer les conditions sanitaires dans lesquelles il vit ; car il ne cesse de réclamer de l'eau pure, une évacuation rapide des vidanges, une inspection sérieuse des logements...

Au résumé, l'Angleterre, en 15 années, de 1875 à 1890, a largement fait les choses, et l'on peut évaluer approximativement à 3 milliards de francs,

la somme totale qu'elle a mise au service de la salubrité publique.

Voyons, maintenant, si les résultats répondent aux sacrifices :

Le premier effet de la *Sanitation* imposée et réglée a été de DIMINUER LA MORTALITÉ.

Durant les dix années de 1866 à 1875, la moyenne de la mortalité a été en Angleterre de 22,19 pour 1000 habitants, savoir :

1866........	23.4	1871........	22.6
1867........	21.7	1872........	21.3
1868........	21.8	1873........	21
1869........	22.3	1874........	22.2
1870........	22.9	1875........	22.7

Pendant la période décennale de 1880 à 1889, la mortalité est tombée à 19,08 pour 1000. Notons, en passant, pour les observateurs, que la décroissance est uniformément descendante depuis 1880.

1880........	20.5	1885........	19
1881........	18.9	1886........	19.3
1882........	19.6	1887........	18.8
1883........	19.5	1888........	17.8
1884........	19.5	1889........	17.9

Il me semble qu'une décroissance aussi notable, aussi uniforme, ne peut être que le résultat probant de toutes les mesures prises pour l'assainissement général et privé.

Que d'existences conservées, que de forces vives utilisées, et quel accroissement de capital pour la patrie ! ! Il est temps qu'en France nous méditions un peu sur le côté pratique de cette question, si bien mise en lumière par nos voisins des Iles Britanniques.

Le second résultat, non moins intéressant, nous fait voir SUR QUELLES MALADIES A PORTÉ CETTE DIMINUTION.

Mettons en parallèle les 10 années qui ont précédé le *Local Government Board* (1861-1870) et les 10 dernières années pour lesquelles nous avons des renseignements précis (1880-1889).

Dans la première période, la mortalité par maladies zymotiques ou transmissibles, qui avait été de 42,54 pour 10,000 habitants, n'est plus que de 24,52 dans la seconde période.

Ainsi, des tableaux et des graphiques fournis par M. Monod, il résulte que la *rougeole*, la *diphthérie* et la *coqueluche* ont subi des variations extrêmement faibles, en raison de la difficulté de connaître à temps ces maladies dont les débuts sont souvent ignorés, et pour lesquelles l'isolement est souvent si difficile à pratiquer ; il ressort également que deux autres maladies infectieuses, le *choléra* et la *variole*, sont arrivées à de telles atténuations qu'elles sont presque sans effet sur le taux général de la mortalité. La revaccination est devenue si générale qu'en 1889 à Londres, sur une masse humaine de près de 4 millions et demi d'habitants, il n'y a eu qu'UN *décès* par variole.

Trois autres affections, la *diarrhée* ou la *dysenterie*, la *scarlatine*, la *fièvre typhoïde* ont au contraire diminué dans des proportions hors de pair.

La *diarrhée*, dont la mortalité était de 9,68 pour 10,000 habitants pendant la période de 1861 à 1870, voit tomber ce chiffre tant pour les vieillards que pour les enfants, à celui de 7,10 pendant la période de 1880 à 1889, soit une diminution de 26 0/0 de la mortalité par cette maladie. Sans pouvoir nettement préciser ici le rôle bienfaisant des mesures d'hygiène, on ne peut nier cette diminution, au fur et à mesure que se développent les services sanitaires.

La *scarlatine*, si répandue en Angleterre, décroît d'une façon presque ininterrompue depuis 1876 ; et si la mortalité de cette maladie s'abaisse à 60 %, on le doit à l'isolement des malades, à la désinfection, à la création d'hôpitaux d'isolement où les scarlatineux sont soignés et où les vêtements des malades sont rigoureusement désinfectés.

Quant à la *fièvre typhoïde*, qui de 1861 à 1870 donnait un taux de mortalité de 8,86 pour 10,000 habitants, l'influence des mesures sanitaires fait tomber ce taux à 2,50 de 1880 à 1889. Les germes de la fièvre typhoïde ne sont-ils pas dans l'air, les linges des malades et les mains de leurs gardes, comme l'a si bien dit Brouardel au Congrès de Vienne ; ne sont-ils pas surtout dans l'eau 90 fois sur 100 ? Qu'un puits soit souillé par les bacilles typhiques, qu'une rivière soit infestée, et la maison, le quartier, la ville même paieront un lourd tribut à la fièvre typhoïde. De là l'importance et les résultats de ces mesures d'assainissement en Angleterre.

M. Monod nous signale enfin l'influence heureuse de la *Sanitation* en ce qui regarde la *phthisie* ; pendant la période de 1861 à 1870, la moyenne de la mortalité par la phthisie a été de 24,89 pour 10,000 habitants ; elle a été 17,36 pour la période 1880-1889 ; soit une différence de 7,35 pour 10,000 habitants, ou une diminution dans la mortalité de cette maladie de 30 %. M. Buchanam nous montre, en effet, que la mortalité par la phthisie diminue à mesure que s'améliorent certaines conditions de vie et de salubrité. Il ne va pas jusqu'à dire que l'eau potable ou la conduite d'un égout peut amener ce résultat, mais il prétend que la léthalité de cette épouvantable maladie diminue, lorsque la population ouvrière, par exemple, voit ses fabriques, ses usines, ses ateliers, devenir plus aérés, mieux ventilés, moins infestés par les vidanges ou les matériaux voisins. L'asséchement du sol pratiqué par la construction intelligente d'égouts avait aussi sa part, et quand celui-ci ne laissait rien à désirer, la mortalité de la phthisie ne manquait pas de diminuer, dans une proportion correspondante.

Comme conclusion à tous ces faits, c'est qu'en Angleterre, il existe une administration sanitaire puissante fortement organisée, ayant en main des lois inéluctables qui n'hésitent pas à briser la routine, à vaincre l'ignorance, pour assurer à la patrie la somme et la résultante de tous les bienfaits que procure l'hygiène, c'est-à-dire la préservation d'un nombre considérable d'existences humaines.

Voilà le triomphe de l'hygiène publique ! Pourquoi ne pas imiter ce bel exemple ?

Docteur G. MORICE (de Néris),
Membre de la Société de Médecine publique et d'hygiène professionnelle.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Indemnité de maladie.

Tournay (Hautes-Pyrénées), le 28 février 1891.

Mon cher Confrère,

La Société des Hautes-Pyrénées a tenu jeudi dernier sa réunion annuelle à Tarbes. L'indemnité de maladie a eu les honneurs de la séance. Après un débat animé, le principe de cette excellente institution a été voté à une grande majorité. Mais l'assemblée s'est refusée à passer à la dis-

cussion du projet de règlement qui lui était soumis. Elle estime qu'il appartient au conseil général de l'Association générale d'élaborer les statuts de la caisse d'assurance-maladie ; elle a chargé son délégué de déposer un vœu dans ce sens, en séance publique, dès la prochaine réunion de l'Association, à Paris.

Elle a, de plus, adopté, à l'unanimité, une résolution tendant à faire étudier, par le même conseil général, les voies et moyens propres à assurer à chacun de nos associés une pension de droit.

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr Ad. Pédebidou,
membre consultant à Cauterets.

Nous nous empressons de reproduire la lettre ci-dessus, et nous faisons des vœux pour que les judicieuses propositions de la Société locale des Hautes-Pyrénées soient adoptées.

Nos confrères fournissent au *Conseil général de l'Association* un moyen d'éviter la grande erreur qu'il a commise de ne pas étudier un plan d'indemnité et d'obscurcir la question au lieu de la simplifier. Il n'y a plus de fautes à commettre en la matière !

A. C.

Conseil Général des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine (1).

FONDATION DU CONSEIL.

Au mois de décembre 1888 le docteur Philbert a envoyé, à toutes les Sociétés médicales d'arrondissement du département de la Seine, une circulaire leur proposant de constituer un Conseil général composé des Présidents et Secrétaires-Généraux de ces Sociétés.

Cet appel a été entendu, et, dans une séance qui a eu lieu le 15 février 1889, sept Sociétés étaient représentées par leur Président ou leur Secrétaire-Général.

A la suite des explications fournies par le docteur Philbert, spécifiant le but que devra poursuivre le Conseil, la défense des intérêts professionnels des médecins praticiens de Paris, il a été décidé qu'une réunion aurait lieu le 11 mars pour constituer définitivement le Conseil.

Toutes les Sociétés existant à cette époque, sauf celles des VIIme, VIIIme et IXme arrondissements, ont envoyé leur adhésion.

Dans la séance du 11 mars, le règlement intérieur suivant a été voté :

RÈGLEMENT INTÉRIEUR.

I. — Le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine est composé des Présidents et Secrétaires-Généraux des Sociétés adhérentes. Un Président, empêché, peut se faire suppléer par un Vice-Président.

Le Conseil peut s'adjoindre des membres honoraires pris en dehors des membres de droit, ils jouiront des mêmes prérogatives que ces derniers.

II. — Chaque année, dans le courant du mois de janvier, le Conseil a une séance pour la constitution du Conseil et la nomination du Bureau.

Il se réunit chaque fois qu'une société adhérente en fait la demande, ou sur la convocation du Président.

(1) Nous reproduisons bien volontiers la brochure reçue, en souhaitant prospérité et extension au Conseil général. A. C.

III. — Le bureau se compose d'un président, d'un secrétaire-général et d'un secrétaire-général adjoint.

IV. — Le Président sortant restera membre du Conseil pendant un an et ne pourra être rééligible qu'au bout d'une année.

Les Secrétaires-Généraux sont nommés pour trois ans, ils sont rééligibles, même s'ils ne font plus partie de droit du Conseil.

V. — En cas d'absence du Président, les séances seront présidées par le doyen d'âge des membres présents.

VI. — Le Président et le Secrétaire-Général représentent le Conseil.

Principales décisions prises par le Conseil dans ses séances de 1889 *et* 1890.

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE.

I. — Lorsqu'un cas d'exercice illégal de la médecine sera dûment constaté, le médecin qui se considérera comme lésé portera plainte devant la Société médicale de son arrondissement; cette dernière provoquera, s'il y a lieu, la réunion du Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine, lequel, après examen, pourra charger son président d'exercer toute poursuite légale avec l'appui *moral* et *matériel* des Sociétés adhérentes.

II. — Le Conseil général émet le vœu que les Sociétés médicales insistent auprès des autorités compétentes pour obtenir la publication des listes des médecins, dressées en vertu des articles 25 et 26 de la loi de ventôse an XI.

III. — Le Conseil général émet le vœu que tout médecin Français ou Etranger, désirant exercer la médecine en France, soit astreint à subir les examens réguliers et complets devant une Faculté ou École de médecine de France.

PROJET DE LOI RELATIF A L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

IV. — Le Conseil a donné son approbation au projet relatif à l'exercice de la médecine, déposé à la Chambre des Députés par M. le docteur Chevandier de la Drôme.

Quelques modifications demandées par le Conseil ont été acceptées par l'auteur.

V. — Le Conseil a adopté l'amendement suivant, qui lui avait été adressé par le docteur Leprévost, du Havre, pour être ajouté à l'article 15 du projet déposé par M. Lockroy :

5° « Est considérée comme exerçant de fait illégalement la médecine et passible des mêmes peines, toute personne qui, dépourvue du titre exigé par la loi, ou sortant des attributions que la loi confère, fait connaître au public par voies d'annonces, d'affiches ou de réclames, qu'elle traite certaines maladies. »

DE LA DÉSINFECTION.

VI. — Le Conseil approuvant la nécessité de la désinfection à la suite des cas de maladies endémo-épidémiques, mais ne voulant pas que le médecin assume la responsabilité de la déclaration, propose que cette formalité soit imposée légalement à la famille.

Considérant que la désinfection, telle qu'elle est actuellement pratiquée à Paris, est très incomplète et souvent illusoire, le Conseil demande aux autorités compétentes du département de la Seine d'améliorer la pratique des désinfections, en attendant le vote de dispositions légales.

PROJET DE LOI SUR L'EXERCICE DE LA PHARMACIE (1).

VII. — Le Conseil :

Considérant que la délivrance des médicaments par les pharmaciens — qui n'ont pas la compétence voulue pour en apprécier les effets — deviendrait la source d'un danger public :

Demande la suppression des quatre premiers paragraphes de l'article 12 et par conséquent celle des deux premiers de l'article 19.

Conseil pour 1891.

Président.................. Docteur Putel.
Secrétaire-général......... Docteur Philbert.
Secrétaire-général adjoint. Docteur Cayla.

Membres honoraires.

M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine.
M. le professeur Lannelongue, vice-président de l'Association générale des Médecins de France.
M. le professeur Cornil, sénateur.
M. le docteur Théophile Roussel, sénateur.
M. le docteur Goujon, sénateur.
M. le docteur Chevandier (de la Drôme), député.
M. le docteur David, député.

Membres de droit.

Docteur Thorel, président sortant.

Ier Arrondissement	Drs Morin et Gautier.
IIIe —	Drs Berthod et Tournay.
IVe —	Drs Avezou et Chevallereau.
VIe —	Drs Guillier et Dauchez.
VIIe —	Drs Gouraud et Tolédano.
Xe —	Drs de Cours et Bonnot.
XIe —	Drs Aristide Miot et Vétault.
XIIe —	Drs Celliéres et Naulin.
XVe —	Drs Lebouc et Michel.
XVIe —	Drs Larcher et Chouppe.
Neuilly-sur-Seine	Drs Putel et Cayla.

Le conseil général a émis à plusieurs reprises le désir de voir des Sociétés se former dans les arrondissements où il n'en existe pas encore, car, croit-il, c'est le meilleur moyen, pour les médecins, de se connaître et de s'apprécier.

Les adhésions, communications et demandes de renseignements doivent être adressées au docteur Philbert, secrétaire général, 34, boulevard Beaumarchais.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical des Basses-Cévennes fondé en novembre 1881.

BUREAU.

Dr MAZEL (Anduze), *Président*.
Dr GALTIER (Ganges) } *Syndics*.
Dr BOURGUET (Sommière). }
Dr CAMBASSÉDÈS (Le Vigan), *Secrétaire-Trésorier*.

MEMBRES

MM. les Drs TEISSONNIÈRE,	St-Hippolyte.
— NINE,	Ganges.
— BOURRAS,	Pompignan.
— JACOB,	Sauve.
— ROCHEBLAVE,	Quissac.
— BOUTET,	Ganges.
— MAQUET,	id.
— BENTKOWSKI,	St-Jean-du-Gard.
— CLARON,	Le Vigan.
MM. les Drs TARON,	Anduze.
— DUMAS,	Lédignan.
— AUPHAN,	Alais.
— ESPAGNE,	Aumenas.
— BALESTRIER	Le Vigan.

Séance du 26 *Novembre* 1890

Réunion à Ganges (Hérault) de MM. les Docteurs Mazel (Anduze), Jacob (Sauve), Nine (Ganges), Teissonnière (St-Hippolyte), Galtier (Ganges), Rocheblave (Quissac), Maquet (Ganges), Boute (Ganges), Cambassédès (Le Vigan). — MM. Dumas Lédignan) et Bourguet (Sommière) écrivent pour s'excuser. — Sept autres membres sont absents.

M. le Dr Mazel, Président, rappelle au Syndicat que dans la dernière réunion, il avait été convenu que la deuxième séance réglementaire aurait lieu à Nîmes, quand seraient convoqués les médecins du Gard pour s'occuper de la fédération projetée entre eux. — Depuis cette époque, il s'est produit, pour divers motifs, un certain ralentissement dans la mise en chantier de ce projet, et aujourd'hui seulement, malgré la saison avancée (ce qui explique l'absence de la majeure partie des membres à cette réunion) M. le Président a cru devoir convoquer le Syndicat, d'autant que nos deux sœurs ainées, — se ralliant à l'idée que nous avons les premiers émise — nous convient à se joindre à elles pour rendre effective la Fédération des médecins du Gard.

M. le Président donne lecture d'une lettre émanant de la Société locale d'Alais, agrégée à l'Association générale des médecins de France, et d'une seconde écrite par M. le Président de la Société des médecins de Nîmes. — Chacune de ces deux Sociétés adhère à la création d'une Fédération des Sociétés médicales du Gard pour la défense des intérêts moraux et matériels des médecins de ce département. Toutes les deux sont prêtes, pour arriver à ce but, à désigner un délégué par quinze membres ou fractions de quinze.

La discussion est ouverte et donne lieu au vote unanime de la proposition suivante faite par M. le Dr Mazot :

Le Syndicat médical des Basses-Cévennes, réuni à Granger le 26 novembre 1890, après avoir pris communication des délibérations de la Société des médecins de Nîmes ; — après échange d'observations entre les membres présents ; — considérant que l'entente déjà réalisée entre les diverses sociétés médicales du Gard est plus que jamais nécessaire à cause des questions pendantes ou qui vont surgir au premier jour : — considérant que le lien qui réunit ces Sociétés a besoin d'être resserré, décide : 1° de se réunir aux sociétés médicales actuellement existantes ou à venir pour former la Fédération des Sociétés médicales du Gard, — idée émise depuis un an par notre Syndicat ;—2° de désigner deux délégués (le chiffre des membres actuels étant de 18) qui réunis aux délégués des deux autres sociétés auront mandat d'arrêter l'organisation définitive de la Fédération.

M. le Dr Mazel, président du Syndicat et M. le Dr Cambassédès, secrétaire-trésorier, sont nommés délégués.

M. le Secrétaire-Trésorier, appelé à donner l'état de la caisse, dit que depuis 1881 (année de la fondation) il a été versé 1622 fr. et dépensé 1275 fr. 20. — Il reste donc en espèces 347 fr. 20 auxquels il faut ajouter 312 fr. de cotisations en

(1) Déposé par M. César Duval, rapporteur de la Commission.

retard. Sur cette somme M. le trésorier demande, à ce que, après examen, il soit autorisé à biffer de son livre la somme de 202 fr. comme irrécouvrable pour divers motifs. L'avoir du Syndicat serait donc réduit à 457 fr. 20. — Sur cette dernière somme il faudra enlever la somme de 144 fr. tenue à la disposition de *l'Union des Syndicats* et représentant la cotisation de 87 à 90 ; c'est par erreur que cette somme n'a pas encore été versée et elle le sera dès que la réponse du trésorier de l'Union sera parvenue. — En somme, si les 100 fr. de cotisation en retard rentraient aujourd'hui, la caisse posséderait 423 fr. 20, non comprises les cotisations de 90-91, à percevoir. — La réunion approuve la décharge de 202 fr. et les comptes du trésorier.

Plusieurs membres des Syndicats des Basses-Cévennes habitant l'Hérault (Ganges, par exemple) ont une grande partie de leur clientèle dans le Gard, de même plusieurs autres habitants le Gard (Tommière, Pompignan, Saint-Hippolyte du Port) visitent de nombreuses localités dans l'Hérault. — Dans ce dernier département les services de vaccination et de surveillance des enfants du 1er âge n'étant pas organisés, nos confrères, exerçant sur les limites des deux départements, demandent à ce que le Bureau du Syndicat fasse des démarches auprès de qui de droit pour qu'ils puissent jouir dans l'Hérault des mêmes avantages dont il jouissent dans le Gard.

Après discussion, la réunion adopte la motion suivante : 1° Un vœu sera adressé au Conseil Général de l'Hérault pour qu'il veuille bien créer des services de vaccination gratuite et de surveillance des enfants du 1er âge ; 2° Ce vœu, sous la forme de délibération prise par le Syndicat médical des Basses-Cévennes, sera adressé à M. Carrière, Conseiller général du canton de Ganges, pour être déposé sur le bureau du Conseil Général lors de la plus prochaine session ; 3° Une copie de ce vœu sera adressé à M. le Préfet de l'Hérault.

Renouvellement du Bureau. — Par acclamation et malgré les vives protestations de M. le Dr Mazel, le Syndicat, reconnaissant les services importants rendus par lui en toutes circonstances, lui renouvelle sa confiance en le nommant son Président ; les anciens membres sont de même réélus pour 1890-91, et le Bureau est ainsi composé :

Dr Mazel (Anduze), président. — Dr Galtier (Ganges) et Dr Bourguet (Sommières), syndics. — Dr Cambassédés, sécrétaire-trésorier.

Plus rien n'étant à l'ordre du jour, la séance est levée et le banquet traditionnel réunit une heure après tous les membres. Pour la première fois depuis dix ans, un menu exquis et irréprochable est servi, et au moment du départ, à la suite de charmantes et rabelaisiennes causeries (que n'étiez-vous là, D. et A.), après avoir félicité et le directeur du menu et le chef habile qui l'avait exécuté, les membres décident que, pour preuve du contentement de leur estomac, la prochaine réunion aura lieu à Ganges.

Après cette décision, cinq confrères restaient seuls autour de la table — et *horresco referens !*, mais le devoir d'un secrétaire n'est-il pas de tout dire — deux d'entre eux ont rediné avec un nouvel appétit, afin de consacrer et la gloire du cuisinier et la facilité d'assimilation de leur estomac. Que serait-il advenu s'ils avaient eu leur organe digestif d'autrefois ! Du fond de leurs tombes, les moines de l'abbaye de Thélémes en auraient gémi.

Pour copie conforme :

Le Secrétaire-Trésorier,
Dr CAMBASSÉDÈS.

Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure

Séance du 30 janvier 1891.

Présidence de M. le docteur PORSON.

Sont présents : MM. Porson, Patoureau, Luneau, Crimail, Huet, Simoneau, Chachereau, Bécigneul, Gaboriaud, Blaizot, Dorain, Grimaud, Pérochaud, Toché.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Le docteur Saquet, de Blain, est admis, à l'unanimité, membre du syndicat.

M. le Président a adressé à M. le Maire, au nom du Syndicat, une lettre où il exprime que les intentions des Médecins sont toujours de revendiquer 10 francs par visite du service médical de nuit, qu'elles ne sont point exagérées, et que de l'étude des chiffres des dépenses faites pour ce service en 1890, il ressort que l'économie réalisée par la visite à 6 francs est seulement de 350 francs, économie bien petite sur le budget d'une grande ville, et bien mesquine si l'on songe qu'elle est faite aux dépens des intérêts médicaux.

Le nommé M..., de Doulon, a comparu en police correctionnelle sous l'inculpation d'escroquerie et d'exercice illégal de la médecine. Les débats, remplis de révélations piquantes sur les agissements de cet individu, se sont terminés par la condamnation à 8 amendes de 2 francs pour exercice illégal ; l'escroquerie a été écartée. Le ministère public a rappelé *a minima*, et cet appel, ayant été confirmé par la cour de Rennes, M. devra se représenter devant la justice, qui, cette fois, espérons-le, sera moins débonnaire.

M. Porson met aux voix l'opportunité d'organiser un banquet syndical. A la majorité il est décidé qu'on festoiera, et à l'unanimité que les membres de l'Association de secours mutuels des médecins de la Loire-Inférieure seront invités à prendre part à nos ébats gastronomiques.

M. le Président nous entretient ensuite d'une affaire qui intéresse vivement un membre du Syndicat. Ce confrère, docteur en médecine, s'est vu révoquer sans motifs, de sa place de médecin de l'hospice de la localité où il se trouve, et du Bureau de bienfaisance. La Commission administrative qui l'a révoqué a mis à sa place un officier de santé. Or, cette révocation est illégale, car la Préfecture seule avait le droit de la faire, et de plus on ne peut donner une place de médecin d'hôpital à un officier de santé, quand il y a un docteur dans la localité. M. le Président a pris en main la défense de notre confrère, et nous pouvons compter qu'il lui sera fait justice.

Une lettre vient d'arriver adressée par un confrère de Nantes, qui se plaint du peu d'égards à l'endroit du corps médical d'un chef d'une grande administration. Ce Monsieur aurait, paraît-il, reçu d'une façon peu aimable un de ses subalternes qui lui présentait un certificat fait par notre confrère et qualifié ce certificat de certificat de complaisance. Un membre du Syndicat fait remarquer que pour les employés des grandes adminis-

trations de l'Etat, postes, contributions, etc..,. un certificat, pour être valable, doit être visé par un médecin assermenté.

La séance, commencée à 8 h. 1/4, est levée à 9 heures 1/2.

Le Secrétaire des séances,
Dr Toché.

L'Assistance médicale dans les campagnes

Rambervillers, le 7 mars 1891.

Monsieur le Directeur,

Je viens de lire dans le No du 7 mars du « *Concours médical* », la première partie des commentaires que le Docteur Gassot (de Chevilly) a présentés à l'assemblée générale du syndicat du Loiret, dans sa séance du 6 juillet 1890, au sujet du projet de loi sur l'assistance médicale gratuite, tel qu'il a été présenté par le Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Je ne veux aujourd'hui retenir de la discussion à laquelle s'est livré notre excellent et distingué collègue qu'un seul point, celui qui concerne *les dispensaires.* »

L'article du projet de loi dit que « *l'Assistance médicale doit être organisée de telle sorte que chaque commune soit rattachée à un dispensaire* ».

Voilà l'obligation dans sa généralité. Un peu plus loin nous pouvons lire que « *toute commune ou syndicat de commune est pourvue d'un dispensaire où ne sont données que des consultations externes* ».

Cela veut-il dire que, dans chaque commune, se trouvera installé dans un local spécial, un dispensaire ? Aussi me permettrai-je de dire à M. le Dr Gassot que je trouve qu'il a exagéré la portée que l'on doit attribuer à ces dispositions.

Je m'explique. Il n'est pas admissible — et il ne saurait entrer dans l'esprit de personne que le médecin soit dans l'obligation de se rendre tous les huit ou tous les quinze jours dans chacune des communes de la circonscription pour y donner des consultations externes aux malades indigents qui pourront se présenter. Cela tombe sous le bon sens. L'article du projet de loi ne veut dire, en substance, que ceci : les malades indigents, dont l'état de santé ne nécessitera pas la visite, le déplacement du médecin, devront être à même de pouvoir leur demander un conseil s'ils se trouvent souffrants. Le médecin n'est pas obligé de se déplacer, puisque le malade le peut. Encore faut-il que ce malade indigent sache où s'adresser pour avoir la consultation dont il a besoin, et à laquelle aux termes du projet de loi, il aura droit.

Deux alternatives se présenteront : Où le Département, ou pour mieux dire le Conseil général, aura organisé son service d'assistance selon les règles du *système cantonal* (toute circonscription possédant un médecin désigné à l'avance et auquel le malade indigent *doit* s'adresser en cas de besoin), ou bien fonctionnera le système Landais (celui qui a servi de base à l'organisation vosgienne) et aux tenues duquel le malade a le droit de s'adresser au médecin du service, dans lequel il a placé sa confiance: Dans l'un et dans l'autre cas, les malades indigents de toutes les communes ou syndicats de communes pourront obtenir, en cas de maladie ne nécessitant pas le déplacement immédiat du médecin, des consultations. Ces consultations seront données au dispensaire. Où sera ce dispensaire ? Le projet de loi ne dit pas qu'il y en aura un dans chaque commune.

Il dit seulement que chaque commune sera rattachée à un dispensaire. Mais ce dispensaire devra forcément se trouver à côté du médecin. C'est chez lui ou dans un local voisin que le médecin donnera ses consultations. Il fixera son jour, son heure. On viendra l'y trouver comme cela se fait déjà dans les Vosges. — Mais il ne peut être question de le forcer à se déplacer, de lui faire faire hebdomadairement le tour de toutes les communes de sa circonscription. Cela serait non seulement absurde, cela serait matériellement impossible.

Aussi jamais le conseil supérieur n'a-t-il entendu imposer pareille besogne aux médecins du service de l'assistance médicale gratuite.

Que les conseils généraux aient adopté l'un ou l'autre des deux systèmes d'assistance qui sont seuls susceptibles de fonctionner en France, il n'est pas moins évident que les dispensaires seront placés à côté du ou des médecins du service ; que c'est au lieu de leur résidence, et, s'ils le veulent, dans leur domicile même, qu'ils donneront leurs consultations aux malades indigents. Les déplacements des médecins ne pourront avoir et n'auront lieu que si le malade est dans l'impossibilité de se déplacer lui-même, et que si la visite du médecin est considérée par ce dernier comme nécessaire.

Le Docteur Gassot approuve les autres parties de cet article du projet de loi, au sujet du rattachement des communes à une infirmerie ou à un hôpital. Il adoptera, j'en suis bien certain, les explications que je viens de lui donner. Il avouera lui-même que l'interprétation que je donne est la vraie, puisque lui-même cite le commentaire suivant : « *Si le malade ne peut se transporter il sera visité à son domicile* », ce qui veut bien dire que tous les malades qui pourront se transporter, devront aller consulter le médecin, sans exiger le déplacement de ce dernier,

Je prendrai, si vous le voulez bien, la liberté de vous communiquer dans un article prochain d'autres considérations sur cette importante question de l'assistance médicale gratuite. Permettez-moi de vous rappeler dès maintenant que je me suis fait, devant la 3e section du conseil supérieur le défenseur de la liberté, de l'indépendance médicale qui me semblaient devoir être atteintes et diminuées par diverses dispositions du projet de loi. Je dois ajouter que, grâce aux Associations syndicales qui deviennent de plus en plus solides et vigoureuses, je crois que les droits des médecins pourront être suffisamment sauvegardés. On ne pourra pas faire entrer la loi sur l'assistance médicale gratuite dans la pratique, sans l'adhésion, sans le concours des médecins. Les associations syndicales devront faire connaître leurs conditions aux conseils généraux, lorsque ces derniers seront mis dans l'obligation d'organiser, dans leurs départements respectifs, et d'une manière suffisante, satisfaisante, l'assistance médicale gratuite aux indigents malades.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments dévoués.

Dr Lardier,
Membre du Conseil supérieur
de l'assistance publique.

Syndicat départemental des Médecins de la Mayenne.

Liste des membres adhérents au 1er janvier 1891

Président d'honneur :

M. le Dr Souchu-Servinière,
Ancien député, Président de la Société locale,
rue des Fossés, Laval.

Bureau

Président : M. le Dr Cellier, rue du Jeu-de-Paume, Laval ; *Vice-Président :* M. le Dr Chevalier, place de la Préfecture, Laval ; *Secrétaire :* M. le Dr Bucquet, rue des Eperons, Laval ; *Trésorier :* M. le Dr Veleau, quai du Pont-Neuf, Laval.

Membres

MM. Angot, impasse des Postes, Laval ; Accolas, rue de Bel-Air, id. ; Gougeon, rue de Bretagne, id. ; Gaumé, rue de Bootz, id. ; Chartier, quai Paul-Boudet, id. ; Grandhomme, place du Lieutenant, id. ; Sauvé, Grande-Rue, Mayenne ; Morisset, Nouvelle-Traverse, id ; Chabrun, rue Sainte-Anne, id. ; Sauvé, rue de Razilly, Château-Gontier ; Tertrais, rue des Platanes, id. ; Despiaux, quai de Laval, id. ; Freulon, rue Tréhut, id. ; Besneux, Andouillé ; Denouault, La Croixille ; Georget, Ahuillé ; Varangot, La Gravelle ; Pénélet, Port-Brillet ; Sauvé, Saint-Ouën-des-Toits ; Fortin, Meslay ; Bigot, id. ; Jacob, père, Montsûrs ; Jacob, fils, id. ; Sourdin, Evron ; Bertron, Vaiges ; Chevalier, Ernée ; Mauny, Lassay ; Batard, Javron ; Lebouc, Pré-en-Pail ; Bruneau, Villaines ; Letort, Bierné ; Steimer, Cossé-le-Vivien ; Clavreul, Quelains ; Bodinier, Craon ; Leray, Saint-Aignan-sur-Roë ; Deseuches, id.

Règles professionnelles adoptées par le Syndicat Départemental des Médecins de la Mayenne

Dans sa séance du 10 janvier 1891.

(Article 4 des Statuts.)

Article premier. — Les Médecins honorent leur profession en s'honorant eux-mêmes dans leurs rapports confraternels, et par conséquent, en observant, vis-à-vis les uns des autres, les plus grands égards en actions et en paroles.

Article 2. — Tout médecin appelé accidentellement près d'un malade en traitement, en l'absence du Médecin traitant, devra se borner à prescrire les médicaments nécessaires pour parer aux besoins du moment, et ne faire aucune réflexion sur la médication suivie.

Article 3. — Il ne devra se représenter chez le malade que s'il y est appelé en consultation par le Médecin traitant.

Article 4.— Le Médecin appelé en consultation devra s'abstenir, vis-à-vis du malade et de son entourage, de toute réflexion pouvant préjudicier au Médecin ordinaire.

La consultation faite à part, c'est-à-dire entre les Médecins seuls, toute parole en dehors pouvant jeter de la défaveur sur l'un des consultants est répréhensible.

Le traitement convenu entre les consultants sera appliqué par le Médecin ordinaire ; c'est à lui qu'appartient l'exécution des pansements et des opérations décidés, à moins qu'il ne charge de ce soin un autre Confrère.

Article 5. — Le consultant ne devra retourner voir le malade que s'il y est appelé de nouveau ou autorisé par le Médecin traitant.

Article 6. — Dans tous les cas, il ne devra jamais accepter la succession dans cette même maladie, soit aiguë, soit chronique, à moins que le premier Médecin n'ait été payé.

Article 7. — Le cabinet du Médecin est un terrain neutre, où il peut donner ses conseils à tous ceux qui les lui réclament.

Tarif minimum consultatif adopté par le Syndicat Départemental des Médecins de la Mayenne.

1° Ce tarif servira de base pour toutes les réclamations aux clients qui refusent de payer.

2° Il est à désirer, au point de vue de la dignité professionnelle et de l'intérêt de chacun de nous, que ce tarif soit le plus possible appliqué par tous les Membres du Syndicat.

3° Ce tarif n'engage qu'au point de vue *minimum* et laisse aux Médecins toute latitude pour se faire payer le prix légitime de leurs soins.

4° Le client n'aura aucun droit de réclamer le paiement des honoraires suivant telle ou telle catégorie. Le Médecin est seul juge de la chose et n'a pas à communiquer le tarif.

Tarif minimum d'honoraires accepté par MM. les Médecins du Syndicat de la Mayenne pour les villes du département.

Titre 1er. — *Consultations dans le cabinet.*

Consultation simple, pour un malade de la clientèle......	5 f.	3 f.	2 f.
Consultation simple, pour un étranger à la clientèle	10	5	3
Consultation écrite motivée...	20	10	5
Consultation de nuit.........	10	5	»
Certificat de toute nature	10	5	3

Titre II. — *Visites à domicile dans la ville.*

Visite simple, pour un malade de la clientèle	5 f.	3 f.	2 f.
Visite simple, pour un étranger à la clientèle...........	10	5	3
Visite de nuit.......	10	5	5
(Les visites de nuit partiront de 9 heures du soir à 6 heures du matin, du 1er avril au 1er octobre ; de 9 heures du soir à 8 heures du matin, du 1er octobre au 1er avril).			
Chaque heure, pendant le jour, passée près d'un malade, en sus de la visite...	8	5	3
Chaque heure pendant la nuit, passée près d'un malade, en sus de la visite............	15	10	»
Une nuit passée près d'un malade, en sus de la visite...	50	25	»

Titre III. — *Visite hors ville ou voyage à la campagne.*

Par lieue (jusqu'à 3 lieues)................. 5 f.

Au-dessus de 3 lieues, le Médecin peut se faire payer en raison du temps employé au voyage.

Quand, dans la même localité, le Médecin traitera plusieurs maladies aiguës graves, le prix devra être payé

comme si le Médecin venait exprès pour chacun des malades.

Si le Médecin est appelé dans une localité voisine de celle où il est venu voir un malade, le déplacement sera payé suivant la distance parcourue, du point où l'on est appelé.

Titre IV. — *Consultations entre Confrères.*

Consultation au domicile du malade.................. (Les mêmes émoluments sont attribués au Médecin ordinaire et au Médecin consultant de la même ville).	20 f.	10 f.	5 f.

Titre V. — *Pansements et opérations de petite chirurgie.*

Pansements, saignée, cautérisations, ventouses, électrisations, *vaccinations*, ouverture d'abcès, etc. etc.	10 f.	6 f.	5 f.
Examens spéciaux ; spéculum, laryngoscope, ophtalmoscope, analyse sommaire d'urine............	10	6	3
Cathétérismes divers simples	20	10	6
Cathétérismes répétés dans le cours d'un traitement.	20	6	3
Réduction d'une hernie....	60	30	15
Ponction d'un hydrocèle, d'une ascite............	60	30	15
Réduction d'une luxation...	100	50	20
Premier appareil de fracture	100	50	20
Accouchement simple, sans manœuvre ou opérations obstétricales............	200	100	50

Tarif minimum d'honoraires médicaux accepté par MM. les Médecins de la campagne du Syndicat de la Mayenne.

Prix minimum des consultations dans le cabinet..............		1 f.	»
Visite dans l'agglomération de la ville et du bourg............	2 f.	1	50
Par lieue parcourue à l'aller.....		5	»
Consultation entre Confrères, le double du prix de la visite ordinaire.			
Accouchement simple...........	30	20	»
Accouchement avec manœuvres obstétricales................	60	40	»
Saignée, *vaccination*, ouverture d'abcès, injection hypodermique, en sus du prix de la visite ordinaire....................		2	»
Examen au spéculum, cathétérisme, en sus du prix de la visite		5	»
S'il est répété		3	»
Réduction de hernie...........		20	»
Ponction d'hydrocèle et d'ascite.		20	»
Réduction de luxation..........		20	»
Premier appareil de fracture....		20	»
Consultation avec les Médecins de la ville....................		10	»

Pour les Sociétés de Secours mutuels qui feront des arrangements nouveaux, le prix minimum est de 1 fr. Pour Laval, il est de 1 fr. 50.

Le Bulletin de la *Mayenne* publie ensuite deux jugements relatifs aux honoraires.

La preuve des honoraires exagérés incombe aux clients.

Tribunal civil de la Seine (7e Chambre).

Audience du 8 décembre 1884.

Le client qui ne paie pas comptant le médecin aux soins duquel il a recours, doit être considéré comme s'en étant rapporté aux notes du Docteur pour constater le nombre de visites faites. En conséquence, lorsque le client conteste le nombre de visites réclamées, c'est à lui qu'incombe la charge de la preuve.

Tribunal de Libourne (1887).

Attendu que, sans aller aussi loin que l'arrêt cité par l'appelant, d'après lequel les clients d'un Médecin ayant implicitement accepté de s'en référer à la bonne foi du praticien, auraient charge de prouver l'exagération de sa note d'honoraires, il faut reconnaître que la nature particulière de l'exercice de l'art médical dispense les praticiens soit de l'apport d'une preuve écrite, soit d'une justification par témoin du nombre de leurs visites, dès lors qu'ils produisent des documents de comptabilité d'un caractère suffisamment probant ; que sans doute, leurs livres ne sauraient, au même titre que ceux des commerçants, faire foi en justice, mais que les tribunaux peuvent y puiser les présomptions suffisantes pour fixer leur conviction ;

Attendu, en fait, que le Dr G..., quoique n'ayant malheureusement pas l'habitude de recourir à la comptabilité spéciale des Médecins, dont la teneur strictement régulière présente les plus sérieuses garanties, a, cependant, fourni au tribunal un agenda régulièrement tenu, offrant des caractères suffisants de sincérité, qui ne paraissent point avoir été produits devant le premier juge :

Que ce document, rapproché d'autres éléments de la cause et notamment de la nature de la maladie traitée par G..., démontre que sa demande n'a rien d'exagéré ;

Par ces motifs,

Le tribunal réforme, etc...

Observation. — Lorsque la somme réclamée par le Médecin ne dépasse par 150 fr., la preuve par témoins et par simples présomptions étant admissible, les livres des Médecins peuvent tout au moins servir de présomptions, et par suite faire preuve contre le client. Mais si la somme réclamée par le Médecin est au-dessus de 150 fr. la question est plus discutée.

REPORTAGE MÉDICAL

Voici les deux vœux exprimés par l'Association locale de la Loire-Inférieure et qui seront soumis à la prise en considération de l'Assemblée générale du 6 avril.

Premier vœu :

Premier vœu.

« 1° Les travaux des Sociétés locales ainsi que les vœux qu'elles émettront devront, à l'avenir, être remis au Bureau de l'Association générale, deux mois avant la Réunion générale, afin de donner le temps aux rapporteurs de les étudier, de préparer leurs rapports et de communiquer ces rapports en temps opportun aux délégués.

2° Ces rapports, ainsi que les vœux exprimés par les Sociétés locales, seront envoyés aux présidents des Sociétés locales, quinze jours au moins avant la Réunion générale, afin que les Sociétés puissent délibérer et charger les délégués de leurs décisions.

3° Les vœux des Sociétés locales seront discutés dans la dernière séance, mais avant la lecture du dernier rapport, dans le but de donner tout le temps nécessaire pour les discuter.

Deuxième vœu.

L'Association générale des médecins de France, continuant à poursuivre son but de prévoyance et de secours mutuels, prêtera son concours le plus large à la création ou au développement des œuvres suivantes :

1° La Caisse de secours en cas de maladie (*à créer*).

2° La Caisse des pensions de retraite du corps médical français (déjà créée).

3° La Caisse dite des victimes du devoir professionnel (à créer).

Toutes ces Caisses seront distinctes, mais l'Association les prendra sous son patronage et pourra au besoin leur venir en aide avec les fonds qui constituent son avoir personnel et qui continueront à être employés à secourir les infortunés du corps médical. »

— La créance du médecin se prescrit au bout d'un an ; celle des dentistes, d'après un ancien arrêt de la 7e chambre ne se prescrivait que comme toutes les créances, au bout de trente années. Cette chambre vient de se déjuger et elle décide que le dentiste doit être assimilé au médecin, car, s'il n'en était ainsi, l'opérateur non diplômé serait privilégié et le privilège serait refusé au chirurgien qui aurait pratiqué la même opération que le dentiste.

—*Le Temps* publie une décision du Conseil d'Etat qui donne raison au ministre de la guerre refusant d'accepter la démission d'un aide-major de 1re classe avant l'expiration de son engagement d'honneur de 10 années et malgré son offre de rembourser ses frais de scolarité et d'entretien.

La fréquence de ces offres de démission prouve que tout n'est pas pour le mieux dans le corps de santé militaire.

Caisse des pensions de retraite. — Le Conseil du Comité directeur se réunira au siège social, 22, place Saint-Georges, le samedi 4 avril, à 8 h. 1/2 du soir. Le Comité des censeurs se réunira le dimanche 5 avril, au siège social, à 4 h. 1/2.

L'assemblée générale des adhérents aura lieu le dimanche 5 avril, à 5 h. 1/2, au siège social.

L'avoir de la caisse à ce jour est de trois cent mille cent trente-quatre francs.

FORMULAIRE DU CONCOURS MÉDICAL

Gargarisme antiseptique et analgésique

R. Feuilles de coca.... 10 grammes.

Faites infuser pendant plus ou moins longtemps dans :

Eau bouillante..... 1000 grammes.

Filtrez et faites dissoudre dans l'infusion :

Acide phénique cristallisé. 10 grammes

P. L. G.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de six membres du Concours :

MM. Chavanne, à Mirecourt. — Castera, à Portets. — Boucon, à Pesmes. — Pissis, à Brioude. — Diligence, à Arques-la-Bataille. — Roux, à Joncques.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

M. le Dr Lochard, 28, rue de la Faisanderie, Paris.
M. le Dr Samson, 27, rue de Strasbourg, Nantes.
M. le Dr Claverie, Tarbes, Hautes-Pyrénées.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'Ecole de Médecine
4, rue Antoine-Dubois, 4

Vient de paraître :

I. *Guide pratique des Sciences médicales* publié sous la direction de *M. le Dr Letulle, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux*, avec la collaboration de MM. les Drs Nicolle, Demelin, Lesage, Morax, Gascard, Winter et Viau. Gros in-18 cartonné de 1500 pages. Prix : 12 fr. (remise à MM. les membres du Concours médical.)

Ce guide, nouveau en France, et qui n'a rien de commun avec les annuaires ou mementos publiés jusqu'ici, est avant tout une petite encyclopédie résumée, un vade mecum du savant et du praticien. C'est toute une bibliothèque médicale tenant dans la poche. En dehors des théories transcendantales, les éléments fondamentaux de la médecine ou de la chirurgie s'y trouvent exposés par des maîtres au courant des méthodes les plus nouvelles. La table des matières que nous reproduisons indique du reste que rien n'a été oublié.

Table des matières.

Chapitre I. Tuberculose. — II. Syphilis. — III. Fièvres éruptives. — IV. Maladies infectieuses aiguës. — V. Maladies chroniques. — VI. Intoxications. — VII. Maladies de la peau : *Formulaire spécial*. — VIII. Maladies du système nerveux. — IX. Electricité médicale. — X. Maladies viscérales. Odontologie : *Formulaire spécial*. — XI. Analyse des urines. — XII. Chirurgie. Régions diverses. Maladies des oreilles. Maladies des yeux. Maladies des voies urinaires. Gynécologie. — XIII. Obstétrique. — XIV Maladies du nouveau-né et des enfants du premier âge : *Formulaire spécial*. — XV. Toxicologie. Clinique. Chimique. — XVI. Formulaire général. *Appendice*. Index alphabétique.

Pour le recevoir *franco*, adresser un mandat de 9 fr. 60 à M. le Directeur de la Société d'Editions Scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

Nota. Les 500 premiers étant déjà expédiés, notre éditeur demande quelques jours pour faire parvenir le reste un peu retardé par le cartonnage.

II. Guide pratique pour le choix des lunettes, par le Dr A. Trousseau, médecin de la Clinique Nationale des Quinze-Vingts, in-8° raisin de 80 pages. Prix 1 fr. 50 net *franco* ; 1 fr. 20 *pour Messieurs* les membres du Concours médical.

III. De l'intervention chirurgicale dans les inflammations péri-cœcales, par le Dr Louis Mariage, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 80 pages, prix 2 fr. 50. . . . .

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André,
Maison spéciale pour journaux et revues.

Treizième année — N° 13 — 28 Mars 1891

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Aux Membres du Concours et des Syndicats.

Le Conseil de Direction de la Société civile du Concours médical et le Bureau de l'Union des Syndicats ont pris la décision suivante que nous soumettons à nos lecteurs et qu'ils accueilleront certainement de la manière la plus favorable :

Le Conseil de Direction du Concours médical et le Bureau de l'Union :

Considérant que les travaux du Concours médical ont été le point de départ de la réforme de la législation de l'an XI sur l'exercice de la médecine qui vient d'être votée par la Chambre des Députés ;

Que M. le Dr *Chevandier*, député de la Drôme et membre du Concours médical, a pris à ces travaux la part la plus active ;

Qu'enfin le vote de la loi nouvelle est dû, avant tout, à l'action personnelle du Dr *Chevandier* ;

Décident qu'un souvenir sera offert au docteur Chevandier sous la forme d'un objet d'art.

Et, pour arriver à ce résultat, ouvrent, dans les Bureaux du Concours une souscription à laquelle sont conviés tous les membres de la Société.

Le Directeur du Concours,
Dr Cézilly.

Le Président de l'Union des Syndicats,
Dr Mignen.

Ce souvenir sera remis au docteur Chevandier dans un banquet *auquel il sera convié avec tous les Membres de la Commission parlementaire et dont la date sera publiée en temps opportun.*

La revision de la législation de l'an XI

Enfin, nous aboutissons donc.

Le projet de revision de la loi sur l'exercice de la médecine est venu à l'ordre du jour de la Chambre des Députés, il a été discuté, il a été voté !

Et comme le bénéfice de l'urgence lui avait été accordé, il passe directement au Sénat.

Certes le corps médical tout entier aura éprouvé une sensible satisfaction en apprenant que cette réforme, tant de fois promise et tant de fois ajournée, allait enfin se réaliser ; chaque médecin lui-même aura pris sa petite part du succès, car bien peu se sont absolument désintéressés de la question et n'ont au moins signé une pétition ou entretenu leur député de la nécessité de la réforme.

Il nous sera pourtant permis à nous, membres de la *Société du Concours médical*, de nous réjouir plus encore. N'est-ce pas nous qui avons fait sortir la question de l'éternel sommeil où elle paraissait dormir ? N'est-ce pas grâce à nous qu'elle est revenue devant le Parlement ? Ne sont-ce pas nos revendications qui ont triomphé ?

Qui donc s'occupait de la revision de la loi de Ventôse quand, le *16 décembre 1880*, les adhérents du *Concours médical*, tenant leur première réunion préparatoire, inscrivaient dans leur programme cette réforme de la législation médicale ?

Et qui donc a provoqué la création des syndicats médicaux ? Qui donc a poursuivi sans trêve leur reconnaissance légale ? C'est à nous que le Dr Chevandier adressait ces paroles :

« Ce qu'il importe de vous rappeler, Messieurs, c'est qu'il vous appartient en propre de produire vos cahiers de doléances. La politique n'interrompt pas la confraternité, elle la continue ; et c'est au nom de cette confraternité que je vous convie à adresser vos communications à la réunion des Députés et Sénateurs médecins qui aura à cœur de s'en inspirer ».

Et c'est nous aussi qui, sans tarder, nommions une commission d'études chargée de concentrer toutes les communications relatives à la confection de ces cahiers de doléances, car la direction du *Concours médical* ne prétendait pas imposer une solution préparée à l'avance et faire triompher ses vues personnelles : elle sollicitait toutes les opinions, les admettait toutes à la discussion et renvoyait à la fin de l'enquête le vote des résolutions définitives.

Faut-il rappeler ce qui suivit ?

Personnellement chargé de centraliser tout ce qui concernait la revision de la loi de Ventôse, je commençais, dès le 5 février, et poursuivais au cours de l'année 1881 toute une série d'études sur les diverses questions qu'elle pouvait soulever : Exercice de la médecine, Docteurs et officiers de santé, médecine et pharmacie, exercice illégal, secret professionnel, prescription des honoraires, etc..., etc..., de sorte que la première Assemblée générale régulière, tenue le 14 août 1881, pouvait charger une commission spéciale d'exécution (1) de procéder à la rédaction définitive des revendications qui devaient être soumises à la réunion des médecins législateurs.

Après de laborieuses séances où toutes les questions soulevées furent discutées avec le soin le plus scrupuleux, la commission adoptait le rapport magistral que lui présentait le Dr Geoffroy, et, de son côté, M. le Dr Chevandier, fidèle à ses promesses, faisait siennes les conclusions de ce rapport et déposait sur le bureau de la Chambre des députés sa proposition de revision de la loi de l'an XI.

La question était officiellement engagée, et la Chambre, prenant en considération la proposition de notre éminent confrère, la renvoyait à une commission spéciale.

Etait-ce bien, oui ou non, l'œuvre du *Concours Médical* ?

Plus tard, sans doute, d'autres efforts vinrent se joindre aux nôtres : en 1884, le Conseil Général de l'Association Générale des médecins de France voulut bien se souvenir que jamais la question n'avait cessé de le préoccuper et, par l'organe du Dr Lunier, présenta un projet de revision particulier.

Il eût peut-être mieux valu appuyer simplement le projet déposé, mais ç'aurait été reconnaître qu'on avait été devancé et on aurait dû parler du rapport Geoffroy et des travaux du *Concours* !

Plus tard encore on vit paraître le projet de loi, auquel est resté attaché le nom de M. Lockroy.

Enfin le Gouvernement lui-même déposa un projet sur la matière.

Tous différaient plus ou moins de la proposition initiale du Dr Chevandier ; tous, au point de vue professionnel, lui étaient inférieurs. Aussi tout en faisant des vœux pour la mise à l'ordre du jour de la question, n'étions-nous pas sans quelque appréhension quant au résultat de la discussion.

Des démarches multipliées près des Ministres compétents, près des membres des commissions successives, près des députés pris individuellement et, avant tout, la ténacité bien connue du Dr Chevandier lorsqu'il prend en main une cause juste, nous ont donné le succès.

Nous nous en félicitons, puisque ce sont les mesures qui nous paraissaient les meilleures qui sont adoptées, et nous ne doutons pas que les auteurs des projets dissidents ne se réjouissent avec nous : ils demandaient moins, ils obtiennent plus. — Tout est pour le mieux.

Nous poursuivrons nos efforts afin d'obtenir du Sénat un vote conforme à celui de la Chambre et, nous osons l'espérer maintenant, l'année 1891 verra la fin de cette législation surannée qui, condamnée par tous, avait cependant pu résister à tout.

La loi nouvelle, qui portera le nom de *loi Chévandier*, excellente pour le corps médical, n'est pas moins bonne pour la société qu'elle délivrera, en partie du moins, de la plaie du charlatanisme ; en réprimant l'exercice illégal, elle provoquera une meilleure répartition des praticiens dans les campagnes et rendra plus facile l'organisation de l'assistance médicale, cette autre réforme que nous souhaitons non moins que l'autre.

Le *Conseil de Direction du Concours* a pensé que la discussion de la loi devant la Chambre constituait un document trop important pour qu'il pût être tronqué : cette discussion sera donc publiée *in-extenso* et commencera dans le prochain numéro du journal.

Dr A. Gassot.

(1) Cette commission se composait de MM. Cézilly, Président ; Geoffroy, secrétaire et rapporteur ; Margueritte ; Gassot ; Bibard ; Decool ; Landur et Monin. MM. les Drs Chevandier et Soye, Députés, voulurent bien assister à ses séances et prendre part à ses travaux.

LA SEMAINE MÉDICALE

Pseudo-paralysie syphilitique (maladie de Parrot).

M. *Comby* a présenté, l'an dernier, à la Société clinique, deux cas de pseudo-paralysie syphilitique suivis de guérison. Il vient d'en observer un troisième dont la terminaison fut tout aussi favorable. C'était un petit garçon de six semaines présentant tous les signes de la cachexie syphilitique héréditaire et ayant, depuis sa naissance, un coryza intense. Son bras droit était complètement paralysé. Au niveau de l'extrémité supérieure du radius on constatait un gonflement et la pression était, en ce point, très douloureuse.

La mère, âgée de 29 ans, affirmait n'avoir jamais été malade ; elle avait eu dix grossesses. Seul le premier enfant, né d'un premier mari bien portant, avait vécu ; les autres étaient venus avant terme et mort-nés. Il faut en excepter aussi le dernier, qui fait le sujet de cette communication. Ceci montre bien le rôle de la syphilis dans la décroissance de notre population.

L'enfant fut soumis aussitôt à des frictions mercurielles quotidiennes et aux bains de sublimé (1 gr. par bain). Au bout de quinze jours la guérison était complète. Les mouvements étaient redevenus possibles, l'hypérostose radiale avait disparu, et le coryza s'était considérablement amendé.

La pseudo-paralysie syphilitique est donc, somme toute, assez bénigne. Parrot en avait beaucoup exagéré le pronostic, qui, pour lui, était fatal. Aujourd'hui les cas de guérison sont extrêmement nombreux. Fournier a toujours vu guérir les petits malades qu'il a observés.

La « maladie de Parrot » ne saurait donc plus nous effrayer. Le tout est d'intervenir à temps et de placer l'enfant dans de bonnes conditions hygiéniques. Il sera donc très important de porter de bonne heure le diagnostic. Celui-ci doit se faire avec les fractures du radius, l'ostéomyélite, le décollement des épiphyses, la paralysie infantile ; mais l'erreur sera, dans presque tous les cas, facile à éviter.

Quant au traitement, il consiste en frictions avec l'onguent napolitain, bains de sublimé, liqueur de Van Swieten (1, 2, 3 grammes suivant l'âge de l'enfant) et sirop de Gibert. Le traitement sera continué pendant assez longtemps.

M. *Cadet de Gassicourt* partage entièrement les idées de M. Comby sur le pronostic de la maladie de Parrot. Il a vu de nombreux cas de guérison, quelques-uns même s'étant produits en l'absence de tout traitement. Si Parrot regardait la pseudo-paralysie syphilitique comme très grave, c'est probablement parce que le diagnostic n'était alors porté que très tardivement. La syphilis avait le temps de produire des lésions irréparables, et le petit malade mourait de l'intensité de son infection syphilitique.

Quant au traitement, ce sont surtout les frictions à l'onguent napolitain que M. Cadet de Gassicourt a employées, les bains de sublimé ne pouvant être utiles, suivant lui, que s'il y a des lésions cutanées.

Transmissibilité de la tuberculose par le lait de vache.

On se souvient des faits rapportés dans une des précédentes séances de l'Académie par M. *A. Ollivier*. Nous avions omis de signaler que depuis lors, M. le docteur Lelong (de Chartres) lui a fourni des renseignements complémentaires atténuant jusqu'à un certain point l'importance de ces faits.

Les rectifications portent sur les points suivants :

1° La première malade n'avait pu être contaminée dans la pension indiquée ; elle l'avait quittée au mois d'avril 1886 et la vache tuberculeuse n'avait été achetée qu'au mois de mai de la même année ;

2° Le lait de cette vache servait à l'alimentation du personnel enseignant et des domestiques, et non à celle des élèves qui n'en ont pris que par exception et en très petite quantité ; il n'y a eu aucun cas de tuberculose parmi les personnes qui buvaient habituellement du lait suspect ; on faisait, d'ailleurs, toujours bouillir ce lait.

3° La proportion des cas de tuberculose n'aurait pas été sensiblement plus forte dans le pensionnat incriminé que dans les établissements similaires de la même région.

« Je ne mets nullement en doute les affirmations de mon confrère, a ajouté M. Ollivier. La première est indiscutable, j'admets que la seconde l'est également ; la troisième est moins bien établie. Déduction faite du cas de méningite, il reste 12 cas de tuberculose développés en près de quatre ans chez les élèves d'un même pensionnat. Je n'en ai jamais vu un aussi grand nombre dans les établissements d'instruction publique que je connais.

Un fait reste acquis : une vache tuberculeuse a donné du lait pendant un temps assez long (on ne saurait le préciser) dans un pensionnat. La proportion des tuberculoses parmi les élèves de cet établissement paraît notablement plus élevée qu'elle ne l'est ailleurs. M. le docteur Lelong déclare que c'est une coïncidence et qu'il n'existe aucune relation de causalité entre le premier fait et le second ; il n'en est pas moins indispensable de signaler de pareilles coïncidences lorsqu'elles se produisent. »

MÉDECINE PRATIQUE

Des infections secondaires dans la cavité buccale.

Je viens d'observer deux faits qui mettent bien en lumière l'importance de l'antisepsie de la bouche, sujet sur lequel j'ai plus d'une fois insisté. Notre confrère le Dr Th. David publiait récemment sur les microbes de la bouche un livre dans lequel se trouvent condensées les notions les plus récentes acquises par la bactériologie sur cette question et on y peut lire de nombreux exemples de maladies infectieuses qui prennent naissance dans la cavité buccale secondairement à une première maladie infectieuse primitive locale ou générale. Les deux cas suivants sont de cet ordre.

Une *stomatite aphtheuse* s'est développée chez une jeune femme atteinte de dilatation de l'estomac avec dyspepsie habituelle, qui depuis quinze jours buvait du lait non bouilli. On sait que l'origine bovine des aphthes est établie positivement. L'évolution de l'affection fut remarquable par cette particularité qu'il n'y eut d'abord et pendant deux semaines que quelques rares aphthes, trois ou quatre, disséminés sur le bout de la langue, sur la face interne des joues, sur les piliers du voile du palais ; quand l'un était guéri, un autre recommençait, mais la jeune femme n'en souffrait pas et ne faisait rien pour y porter remède.

Elle continuait à boire son lait cru. Faut-il admettre que chaque jour elle avalait ainsi une nouvelle quantité de microbes ? Le lait ne provenant certainement pas toujours de la même vache, il est plus probable que les microbes pathogènes des aphthes une fois installés dans la bouche, y végétaient modérément sans se multiplier activement lorsqu'une circonstance accidentelle, venant déprimer l'organisme, favorisa leur multiplication.

Il y avait quinze jours que les aphtes ainsi peu nombreux se trouvaient dans la bouche quand la jeune femme fut soumise accidentellement et pendant plusieurs heures à l'influence du froid humide : le lendemain une éruption aphteuse confluente se manifestait, occupant presque tous les points de la muqueuse buccale et même pharyngienne, en outre, chose exceptionnelle, il y eut sur la peau de la joue tout près d'une des commissures labiales un petit groupe de lésions élémentaires évidemment de même nature ; ce n'étaient pas les vésicules de l'herpès, mais bien des lésions, dans lesquelles le soulèvement épidermique enlevé laissait voir une érosion recouverte d'un petit exsudat lenticulaire cohérent couleur beurre frais entouré d'un liséré circulaire d'un rose vif.

Cette poussée d'aphthes confluents s'accompagna d'un gonflement considérable de la muqueuse bucco-pharyngienne, d'une tuméfaction douloureuse de tous les ganglions sous-maxillaires et

rétro-maxillaires, d'une fièvre de 38°5 à 39° et d'un état général d'adynamie avec tendance lipothymique.

Le traitement que j'instituai fut celui dont j'ai parlé dans mon Traité d'Antisepsie médicale ; je fis badigeonner plusieurs fois par jour la muqueuse buccale et pharyngienne avec une solution concentrée de salicylate de soude à 20 pour 100, dont M. Edg. Hirtz a fait connaître les bons effets ; dans l'intervalle les gargarismes étaient faits avec une solution phéniquée au 5/100e dans l'infusion de feuilles de coca à 10 pour 1000 dont j'ai plusieurs fois vérifié la propriété analgésiante. A l'intérieur le chlorate de potasse et le chlorate de soude alternativement furent administrés aux doses de 4 à 6 gr.

Sous l'influence de ce traitement antiseptique, une amélioration assez rapide se manifesta. Mais l'antisepsie fut supprimée trop vite sans doute et, après avoir constaté la disparition des aphthes, je vis se constituer presque simultanément deux états morbides d'un autre ordre ; d'une part de larges *plaques de sphacèle* de la muqueuse gingivale au niveau des dernières molaires, plaques grisâtres rappelant l'aspect de la stomatite ulcéro-membraneuse, et d'autre part un *état suppuratif et fongueux du rebord gingival d'aspect scorbutique*. Les dents furent ébranlées et déchaussées, l'alimentation fut rendue très difficile pendant plusieurs jours. Contre les ulcérations sphacéliques l'application d'une poudre composée d'acide borique, de chlorate de soude et de poudre de quinquina, quelques attouchements avec la teinture d'iode firent très bon effet. Sur les parties fongueuses et suppurantes du rebord gingival une mixture d'alcoolat de cochléaria et de teinture de quinquina réussit fort bien, en même temps que des lavages fréquents de la bouche avec cette solution dont j'ai pris la formule à Galippe.

Acide thymique........	0 gr. 10 centig.
Acide benzoïque.......	3 grammes.
Teinture d'eucalyptus..	10 —
Eau....................	1000 —

Voici une observation différente, mais intéressante aussi comme exemple d'infection secondaire. Une dame est prise d'angine ; la température est à 39°, la dysphagie est modérée, mais l'inquiétude est grande parce que dans la maison il vient d'y avoir un cas de diphthérie. Je constate dans la gorge une configuration assez particulière de l'isthme pharyngien. On sait combien sont variables les dispositions anatomiques des amygdales. Dans le cas actuel les tonsilles sont absentes, bien qu'on ne les ait pas coupées ; à la place où elles devraient exister, c'est-à-dire entre les piliers antérieur et postérieur du voile du palais, se trouve une cavité profonde dont l'anfractuosité échappe à l'éclairage direct.

Cependant, voyant que sur le bord du pilier se montre un exsudat grisâtre qui se perd dans la partie non visible de la fosse amygdalienne, considérant qu'il vaut mieux traiter une angine simplement pultacée comme diphthérique que de s'exposer à méconnaître celle-ci, je procède à l'écouvillonnage avec la solution de sulfo-ricinate de phénol dont j'ai déjà signalé les bons effets dans la diphtérie. Je retire ainsi de l'anfractuosité plusieurs fragments d'apparence pseudo-membraneuse qui, mis dans l'eau, ne se résolvent pas et ne s'effritent pas en détritus moléculaires comme les amas caséeux et épithéliaux, mais conservent la cohésion des produits pelliculaires.

Pendant deux jours l'exsudat se reproduisit dans la fosse amygdalienne ; enfin les frottements exercés sur la muqueuse ne ramenèrent plus rien, sinon un peu de sang, la muqueuse étant naturellement un peu excoriée. La fièvre était tombée et l'alimentation se faisait aisément. Aussi les irrigations antiseptiques et les attouchements phéniqués furent-ils cessés et, comme il existait une certaine cuisson de la région où avaient porté les frictions avec le sulfo-ricinate de phénol, la malade fit seulement des gargarismes émollients.

Après deux jours d'état satisfaisant, la fièvre reparut avec des frissons, un malaise très accusé, et des douleurs se montrèrent dans la région sous maxillaire avec un gonflement visible à l'extérieur, et la palpation permit de sentir une tuméfaction diffuse ayant pour point central un ganglion tuméfié et très douloureux. C'était une adénite avec périadénite de voisinage. J'estime qu'il s'agit là d'une infection secondaire par des microbes venus de la bouche par les points excoriés de la muqueuse de la fosse amygdalienne, et j'appréhendais la suppuration du ganglion envahi par quelques streptocoques ou staphylocoques pyogènes. J'ai prescrit des onctions réitérées d'onguent napolitain belladoné, la reprise de l'antisepsie buccale, et simultanément l'antisepsie gastro-intestinale par le salicylate de naphtol et le salol. La résolution a été obtenue en cinq ou six jours, mais je suis convaincu que l'antisepsie bucco-pharyngienne a été trop tôt suspendue et que cette suspension prématurée a failli valoir à la malade un adéno-phlegmon.

L'infection amygdalienne subaiguë prolongée.

Des cas précédents je rapprocherai les deux suivants que j'ai déjà rapportés ailleurs, mais qui me paraissent mériter d'être vulgarisés à cause de leur réel intérêt pratique.

I. Amygdalite subaiguë prolongée avec albuminurie à répétition, guérie par la cautérisation de l'amygdale.

L'été dernier, un enfant de 5 ans, auquel j'avais donné à diverses reprises des soins pour des affections légères, me fut amené par ses parents qui étaient à la campagne avec lui depuis deux mois et qui se trouvaient inquiets depuis plusieurs semaines du mauvais état de leur fils.

Celui-ci avait eu, me dirent-ils, un mois au moins auparavant, une petite amygdalite accompagnée d'abord d'un peu de fièvre, et depuis lors, bien que l'enfant ne se plaignît plus de la gorge, il ne mangeait plus et avait toujours la langue sale, malgré l'administration successive à courts intervalles d'un vomitif et de deux purgatifs. La mine était très mauvaise, le teint jaune et blafard ; l'apathie et l'indifférence extrêmes, quoique l'enfant eût l'humeur naturellement très gaie. Pas de fièvre en général. Cependant à certains jours la peau devenait chaude et le pouls plus rapide vers le soir ; il y avait assez souvent des sueurs la nuit.

L'amaigrissement était notable.

Le confrère qui soignait l'enfant à la campagne, n'avait pu formuler de diagnostic précis, et avait conseillé de m'amener l'enfant.

L'examen minutieux que je fis de tous les organes fut négatif, sauf pour un seul, l'amygdale droite, qui était environ deux fois plus volumineuse que la gauche, d'une teinte d'ailleurs à peu près normale et sans exsudat. Depuis l'angle de la mâchoire du même côté et le long de la gaine du sterno-matoïdien on constatait une traînée de plusieurs ganglions lymphatiques tuméfiés et un peu douloureux, de volume décroissant depuis une bille jusqu'à un gros pois, avec un peu d'empâtement du tissu cellulaire périphérique ; il existait un léger degré de torticolis par contracture du sterno-mastoïdien.

La langue était couverte d'un enduit gris sale, épais, l'haleine d'odeur désagréable. Rien autre : pas de mal de tête ; anorexie, mais pas de vomissements. Respiration parfaite. Ventre normal. La déglutition n'étant nullement douloureuse, on n'attachait plus d'importance au volume de l'amygdale, dont l'aspect était d'ailleurs, je l'ai dit, à peu près normal comme coloration.

Ayant ainsi terminé mon examen, je n'étais pas du tout satisfait, n'ayant pas plus de diagnostic que le confrère.

Pourtant il me restait à examiner les urines, qu'on néglige si souvent, surtout chez les enfants. Rien ne semblait attirer l'attention sur elles ; il n'existait pas d'œdème, pas de céphalée, pas de bruit de galop.

Et pourtant, deux minutes plus tard, l'examen par la chaleur, l'acide nitrique, le réactif de Tanret me prouvait qu'elles contenaient une forte proportion d'albumine rétractile, que je continue à considérer, suivant l'opinion de mon maître, M. Bouchard, comme liée à une néphrite, et, dès lors, j'eus un diagnostic qui me satisfit : amygdalite infectieuse, ou, plus exactement, infection par l'amygdale. Mais ce n'était plus tout à fait le tableau de ces amygdalites infectieuses décrites par MM. Bouchard, Kannenberg, Landouzy, Dubousquet-Laborderie, amygdalites aiguës accompagnées de fièvre intense, d'albuminurie, d'un état général d'apparence parfois typhoïde.

Ici, c'était le *reliquat* d'une amygdalite infectieuse. La poussée originelle s'était faite sans grand cas ; puis l'organisme était resté infecté par les microbes qui s'étaient logés dans l'amygdale, ou intoxiqué par les poisons fabriqués par ces microbes.

L'infection se traduisait par l'albuminurie, par la persistance de l'anorexie et de l'état saburral des voies digestives, par la dépression des forces nerveuses.

J'ajoutai que je considérais l'amygdale comme encore habitée par un ou plusieurs foyers microbiens, vu son volume, vu l'adénopathie de voisinage d'autant plus accentuée que les ganglions étaient plus proches du foyer infectieux. Je conseillai le régime lacté absolu, des badigeonnages de l'amygdale deux fois par jour avec la teinture d'iode pure ou coupée d'un peu de glycérine, les onctions d'onguent napolitain sur les ganglions, le salol à l'intérieur.

Huit jours après l'enfant fut ramené, il n'y avait plus que des traces d'albuminurie, l'amygdale n'avait guère changé d'aspect, les ganglions avaient diminué notablement, le torticolis était presque nul ; la langue était un peu nettoyée, l'appétit toujours médiocre.

Huit autres jours plus tard l'albumine avait disparu complètement ; la langue était encore un peu grise, l'appétit revenait, la gaieté aussi. On était enchanté. On remit l'enfant à l'alimentation de tout le monde. Je pensai que tout était fini. Point du tout.

Quinze jours plus tard, l'enfant était retombé dans l'état primitif. Naturellement je regarde l'urine avec empressement : l'albumine avait reparu, en quantité presque égale à celle du début. L'amygdale avait à peine diminué de volume depuis le premier jour. La langue était redevenue sale, l'appétit nul. Retour à la thérapeutique primitive. Disparition nouvelle de l'albuminurie ; amélioration, mais non guérison complète des troubles digestifs et du médiocre état général. L'amygdale conservait toujours son volume excessif et les ganglions, bien que moins volumineux, demeuraient hypertrophiés.

Je dus bientôt constater une nouvelle apparition d'albumine dans l'urine et je me fis alors ce raisonnement qu'il devait être nécessaire d'aller détruire ce repaire d'agents infectieux constitué par l'amygdale hypertrophiée, d'où partait périodiquement, pour aller intoxiquer l'organisme et irriter les reins en s'éliminant, une nouvelle dose de poison microbien.

M. le Dr Peyrot, l'éminent chirurgien de Lariboisière, qui avait la confiance de la famille, fut mis au courant par moi de la situation, partagea pleinement mon opinion et en quelques coups de thermocautère réduisit de moitié l'amygdale en la traversant de part en part.

Peu de jours après, quand les eschares furent détachées, nous constations que toute trace d'adénopathie avait disparu ; presque en même temps la langue était redevenue nette, l'appétit normal, la gaieté exubérante, et jamais, depuis quatre mois, l'albumine n'a reparu dans les urines fréquemment examinées.

Un fait de ce genre me paraît prouver l'existence d'une variété d'amygdalite infectieuse à marche subaiguë, sinon chronique, où les microbes, cantonnés dans la profondeur de l'amygdale, pullulent pour lancer périodiquement soit de nouvelles embolies microbiennes dans les lymphatiques jusqu'aux ganglions les plus proches, soit de nouvelles doses de poison dans le sang, avec production de néphrite par toxi-infection. D'où la nécessité d'examiner toujours les urines des enfants qui ont ou ont eu récemment une amygdalite, surtout lorsque leur santé n'est pas promptement rétablie. D'où encore l'indication thérapeutique de mettre à néant le foyer de l'infection par le moyen aussi simple que radical de la cautérisation ignée.

II. Adéno et périadénite consécutives à une amygdalite. Torticolis symptomatique. Suppuration prévenue probablement par la révulsion cutanée.

Je rapprocherai du fait précédent cet autre que j'ai observé l'hiver dernier en commun avec M. le Dr Poirier, chirurgien des hôpitaux, agrégé et chef des travaux anatomiques à la Faculté.

Une charmante fillette russe de 3 ans prend une amygdalite aiguë intense avec fièvre ; puis la fièvre tombe et l'enfant paraît rétablie. Une quinzaine de jours après, elle se plaint de douleurs vives dans la région cervico-latérale droite s'irradiant vers les vertèbres cervicales ; immo-

bilisation compléte du cou par un torticolis ; insomnie, abattement, anorexie, reprise de la fiévre.

L'examen de la région douloureuse y fait constater un empâtement général, au milieu duquel sont perceptibles deux ou trois ganglions tuméfiés et douloureux au palper. L'amygdale droite est restée plus volumineuse que l'autre après l'amygdalite, terminée déjà depuis quinze jours ; néanmoins elle ne présente pas de signes de lésions actuelles. Le siége précis des douleurs spontanées et à la pression est assez difficile à délimiter chez une enfant si jeune, qui ne répond que par des cris aux questions ; à certains moments on peut croire que le maximum est au niveau d'une des vertèbres cervicales, l'immobilisation de la nuque est complète, comme dans les arthrites cervicales, et sachant que le père de l'enfant est mort phtisique quelques mois auparavant, nous nous demandons si nous ne sommes pas en présence d'un mal de Pott cervical.

Au bout de quelques jours un des ganglions paraît devenir plus mou, comme prêt à suppurer.

Avant de recourir à la ponction exploratrice, M. Poirier fait appliquer un vésicatoire, dont la surface est au bout de trois jours recouverte d'une couche de pommade mercurielle à base de lanoline. Quand la région peut être de nouveau explorée, nous constatons que lo ganglion qui menaçait de suppurer avait diminué de volume.

Nouveau vésicatoire, nouvelles onctions mercurielles, dont le succés fut remarquable. La périadénite a diminué de moitié ; les ganglions, moins tuméfiés, roulent librement sous le doigt ; on peut s'assurer que les vertèbres cervicales sont intactes. Le torticolis a cédé. Simultanément on a fait prendre à l'enfant de l'iodure de fer à hautes doses, et pratiqué des badigeonnages de teinture d'iode pure sur l'amygdale qui peu à peu est revenue à son volume normal. L'urine n'a pas été albumineuse.

Ce fait n'est donc pas, à ce point de vue, comparable au précédent, puisqu'il n'y a pas eu de néphrite infectieuse et que les accidents généraux imputables à l'amygdalite n'ont pas dépassé la fièvre des premiers jours. Mais l'analogie entre les deux cas réside dans la production d'une adénopathie prolongée, qui, dans le second, a revêtu la forme d'un adéno-phlegmon commençant ; la suppuration a été prévenue, je le crois, par l'application des vésicatoires et les onctions mercurielles.

Dans ce cas, les microbes avaient été si bien arrêtés par les ganglions que ces sentinelles vigilantes ont failli, comme il arrive trop souvent, être victimes de leur devoir et succomber sous l'assaut des agents infectieux partis du foyer amygdalien.

Théoriquement nous savons expliquer par les données récentes sur le rôle phagocytaire des leucocytes l'efficacité des révulsifs pour prévenir la suppuration. Celle-ci est le résultat de la mortification des leucocytes par les poisons nécrosants que sécrètent les microbes, quand ceux-ci, trop nombreux ou trop virulents, triomphent de leurs adversaires ; les globules de pus sont des cadavres de leucocytes. Lorsque les leucocytes sont, au contraire, en nombre suffisant pour cerner les microbes, les englober et les digérer, la suppuration n'a pas lieu. Or les recherches expérimentales ont montré que la diapédése, l'afflux des leucocytes, se fait avec une bien plus grande activité dans les tissus au niveau du point d'application des révulsifs tels que les badigeonnages iodés et les vésicatoires ; étant plus nombreux, les leucocytes obtiennent la victoire sur les agents infectieux. L'adénopathie et la périadénite traduisent macroscopiquement à nos yeux et à notre toucher le drame microbiologique dont les ganglions et les lymphatiques sont le théâtre ; la résolution de l'empâtement périadénique et de la tuméfaction ganglionnaire attestent la victoire des phagocytes, tandis que la suppuration ganglionnaire serait la proclamation de leur défaite, sans être pourtant toujours celle de la victoire des microbes ; car il arrive aussi que les vainqueurs succombent au milieu des cadavres de leurs adversaires, les microbes ne trouvant plus un milieu de culture favorable ni un terrain assez nourricier ; alors, le pus évacué, la guérison peut encore se faire.

Voilà au sujet de l'adénopathie consécutive à l'infection amygdalienne une interprétation satisfaisante, romanesque en apparence, pourtant réelle, je le crois, et en harmonie du moins avec la pathogénie microbienne, telle que l'a exposée si brillamment M. Bouchard au congrès de Berlin. Et j'en déduis la légitimité de la thérapeutique qui a été suivie d'un plein succès.

CONCLUSIONS

I. — Aprés les amygdalites aiguës primitives, dont la nature infectieuse n'est plus à démontrer depuis les travaux de Bouchard, de Kannenberg et d'autres, il y a lieu de signaler les formes subaiguës, dans lesquelles les amygdales, en apparence hors de cause, entretiennent pourtant une infection prolongée se manifestant par l'albuminurie à répétition et des troubles généraux (anorexie, catarrhe gastrique, dépression nerveuse).

II. — Il y a lieu aussi de surveiller le retentissement ganglionnaire qui peut provoquer un torticolis symptomatiqu et faire songer à quelque ostéopathie ou arthropathie cervicale.

III. — Dans le premier cas, la destruction du foyer amygdalien, dans le second la révulsion énergique au niveau de l'adénopathie sont les meilleurs moyens thérapeutiques : on leur devra, dans le premier cas, la disparition de l'albuminurie et des troubles généraux toxi-infectieux ; dans le second, la résolution sans suppuration et la guérison du torticolis symptomatique.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'indemnité de maladie.

Nous lisons dans le dernier numéro de l'*Union médicale*.

Mon cher confrère,

Si vous avez lu la circulaire que M. Cézilly, président de la Société de l'Oise, adresse à toutes les Sociétés de France, vous aurez remarqué avec quelle acrimonie il parle du bureau de l'Association générale, et avec quel superbe dédain il traite le *projet de règlement pour l'indemnité-maladie* présenté par la Gironde.

Ce qui paraît irriter surtout M. Cézilly, c'est que

le Conseil général ait adressé le projet de la Gironde aux Sociétés locales, plutôt que celui de l'Oise dont on a relaté seulement deux ou trois articles à titre d'amendements possibles, sur un point d'ailleurs capital.

Et M. Cézilly se montre d'autant plus indigné que, d'après lui, on aurait décidé, dans la réunion de la commission, le 17 octobre dernier, que « les deux projets de la Gironde et de l'Oise seraient envoyés aux Sociétés locales ».

Sur ce point mes souvenirs ne sont nullement conformes à ceux de notre confrère. Il me souvient, au contraire, que le projet de la Gironde fut seul adopté, comme pouvant servir de type, et que, sur les instances de M. Cézilly, on décida d'adjoindre, comme amendements, les articles du projet de l'Oise concernant la cotisation, le mode et le taux de l'indemnité. Ce qui a été fait.

Pourquoi la Commission présidée par M. Hérard a-t-elle choisi le projet de la Gironde ?

M. Cézilly n'hésite pas à répondre : « Parce que ce projet nouveau-né, mal étudié, ne s'appuyant sur aucun calcul, ne prévoyant pas les difficultés d'organisation .. est obscur, laisse le doute dans l'esprit et prête le flanc à des objections nombreuses...»

Un peu plus et M. Cézilly nous accuserait d'avoir mis nos soins à rédiger un projet de complaisance, d'avoir mis volontairement au monde un *nouveau-né* non viable !

Ce reproche nous toucherait d'autant plus vivement que nous aurions entraîné dans notre félonie les présidents et délégués de dix autres Sociétés locales. Car, il ne faut pas l'oublier, le projet dit *de la Gironde*, est, en réalité, le projet des Sociétés du Sud-Ouest.

Ces Sociétés, et probablement aussi le Conseil général, ont pensé qu'il importait de ne présenter à l'examen des Sociétés locales, et à la discussion de l'assemblée générale, que des formules simples, aussi condensées que possible, et fixant seulement les bases essentielles des principes applicables à toutes les Sociétés, laissant à chacune d'elles le soin d'établir ensuite son règlement particulier. Or, le projet de l'Oise, très long, très détaillé, trop compliqué, a paru dépasser les nécessités présentes.

Est-il néanmoins plus clair, mieux *appuyé sur des calculs* que celui de la Gironde ?

J'ai eu beau chercher, dans les nombreux articles du projet de l'Oise, une chose *essentielle* qui ne fût pas indiquée dans celui de la Gironde, et j'avoue ne l'avoir pas trouvée. La seule différence importante se trouve dans le système des contributions et des indemnités, c'est-à-dire précisément dans les articles publiés comme amendements par la commission.

Oui, le mode de cotisation et de règlement des indemnités n'est pas, dans le projet girondin, ce qu'il est dans le projet de l'Oise. Il est évident pourtant que les deux projets sont basés sur les mêmes documents, sur les tableaux de M. Nelson (Association amicale des médecins anglais), aussi bien que sur ceux de M. Hubbard, de la Société de céramique, et sur les rapports annuels du ministère de l'intérieur. Mais, avec les mêmes données on peut se livrer à des combinaisons diverses, très simples ou très compliquées. M. Cézilly préfère le compliqué ; les Girondins ont choisi le simple, et celui, à notre sens, qui doit donner plus entière satisfaction à ceux qui désirent s'assurer contre les risques du chômage par la maladie. Il s'autorise de la loi formulée par M. Lagoguey :

« Toute association mutuelle, pourvu qu'elle ne s'impose pas d'autres charges, peut allouer à ses membres atteints d'incapacité temporaire ou permanente, par suite de maladie ou d'accident, une indemnité quotidienne d'un taux égal à celui de la cotisation mensuelle versée par chacun d'eux. — L'Association peut payer cette indemnité, avec ses seules ressources, quelle que soit la durée de la maladie. »

Il a paru aux Girondins que, dans une Association comme la nôtre, qui est de solidarité fraternelle, l'uniformité de la cotisation est préférable à la cote variable, selon l'âge d'entrée, et qu'une indemnité modérée, pendant toute la durée de la maladie, vaut mieux que l'indemnité double limitée à quatre mois.

Nous avons admis que le taux de l'indemnité peut être doublé si la cotisation est portée de 60 francs à 120 francs par an. Ici, M. Cézilly fait remarquer judicieusement que 48 + 12 + 48 ne font pas 120. Nous nous en doutions un peu ; mais nous avons expliqué, devant la commission, en présence de notre honorable confrère de l'Oise, pourquoi nous portons à 120 francs la double cotisation : le nombre des confréres, qui, dans les campagnes, voudront s'imposer une telle dépense, sera relativement rare. Il peut arriver néanmoins que la malechance fasse tomber la maladie sur eux en proportion plus considérable que sur les autres, et, comme leur indemnité sera double, la caisse est exposée à subir de graves atteintes. Pour compenser un peu cette inégalité, on présume que ces privilégiés de la fortune peuvent, sans injustice, être frappés d'une majoration de 10 francs par cote annuelle.

Notre raisonnement, — celui des dix Sociétés du Sud-Ouest, — peut ne pas être accepté ; mais il nous exonère du moins du crime d'ignorance en arithmétique.

Dr HAMEAU,

Président de la Société de la Gironde.

Chers confrères,

Nous avons tenu à reproduire, dès son apparition, la lettre de M. le Dr *Hameau*, d'Arcachon.

M. Hameau, lecteur assidu du *Concours médical* depuis nombre d'années, nous connaît trop pour croire à notre *acrimonie*, à notre *superbe dédain* pour ce qui vient de l'Association de la Gironde, à laquelle, depuis 12 ans, nous prodiguons des éloges mérités et qui s'est associée à toutes nos entreprises professionnelles.

Il sait, mieux que personne, que depuis huit années nous avons préconisé l'indemnité de maladie et que nos propositions formulant une cotisation de 48 fr. pour une allocation annuelle de 1200 fr. d'indemnité ont été l'origine de tous les projets publiés depuis lors et que ces propositions étaient appuyées par des chiffres tirés de l'expérience de nos confrères d'Angleterre.

Nous étions, en conséquence, fondés à espérer que dans un sentiment d'équité, M. Hameau obtiendrait du *Conseil général*, dont il fait partie depuis peu, que tout au moins le projet de l'*Association de l'Oise* serait reproduit dans son intégrité, puisque la circulaire d'ailleurs contient deux pages blanches qu'on aurait pu utiliser.

Il a souffert que le Conseil général bornât son travail à la reproduction du projet de la Gironde, *copie de celui de l'Oise*, et quo celui-ci fût mis sous le boisseau !

Nous ne répondrons pas à ses autres arguments. Nous laissons ce soin au secrétaire de l'Association de l'Oise, M. le Dr Maurat, qui a rédigé la circulaire, destinée à rendre clair un questionnaire absolument obscur.

M. Hameau n'aurait-il pas dû être plus indulgent pour la vivacité avec laquelle la *circulaire de l'Oise aux présidents des sociétés locales* exprimait le regret de n'avoir vu sortir, des délibérations du Conseil général, *aucune donnée nouvelle, aucun plan d'organisation de l'indemnité de maladie* ; en un mot, rien qui soit l'œuvre du Conseil général ?

M. Hameau sait bien que si quelque chose nous fâche, c'est de constater que *l'indemnité de maladie* n'a pas été étudiée, conformément au vœu de l'Assemblée générale de 1890.

A lui, qui a toutes les libertés, toutes les franchises, il appartient d'obtenir le maintien de la question à l'ordre du jour de 1891 !

A. Cézilly.

La représentation de la province au Conseil général de l'Association.

Mon cher Directeur,

En parcourant l'annuaire de l'Association générale des médecins de France, l'idée m'est venue de faire quelques calculs sur la composition de cette importante société. Je ne m'attendais pas aux surprises que me ménageait ce travail d'arithmétique élémentaire. Permettez-moi de vous en faire connaître les résultats ; à la veille de la Réunion Générale de l'Association, ils peuvent intéresser quelques confrères.

Les voici : L'association comprenait, en 1890, 8164 membres, répartis en 97 sociétés.

Les 96 sociétés de Province représentent *le chiffre respectable de* 7310 *membres* ; la Société centrale de la Seine en comprend seulement 854 ; encore dans ce nombre faut-il compter 78 médecins militaires, et 32 sociétaires qui n'habitent pas Paris. Il n'y a donc que 744 membres qui résident dans la capitale, à peu près *le dixième des membres de l'Association.*

Comment est administrée cette vaste Association ? Par un conseil Général composé de :
Un Président,
Quatre vice-Présidents,
Un Trésorier,
Un Secrétaire-Général,
Deux vico-Secrétaires,
Et de trente Conseillers,
En tout 39 membres.

Les deux tiers au moins de ce Conseil Général doivent résider à Paris.

Comment maintenant les sociétés sont-elles représentées chaque année aux Assemblées Générales ? Par des délégués dans les proportions suivantes : « Chaque société, composée de 75 membres ou au-dessous est représentée par son Président ou par un délégué ; celles qui se composent de 76 à 150 membres peuvent avoir deux délégués ; de 151 à 225 membres trois délégués, et à partir de ce chiffre un délégué de plus par chaque fois 75 membres. »

Nous arrivons ainsi à un total de 154 délégués : 11 *seulement pour Paris*, et 154 *pour la Province.*

Ne trouvez-vous pas, mon cher Directeur, que tous ces chiffres éveillent de singulières réflexions ? Contentons-nous pour aujourd'hui de mettre des chiffres sous les yeux de nos confrères. Peut-être viendra-t-il un moment où il deviendra nécessaire d'en tirer des conséquences pratiques.

Bien cordialement à vous.

L. Porson.

Privilège du médecin en cas de déconfiture.

Notre confrère, le Dr L., était créancier d'un sieur B. pour soins donnés à B. et à sa famille, B. ayant fait de mauvaises affaires fut exproprié, sa propriété vendue judiciairement. Le Dr L. ayant produit, à l'ordre, sa note d'honoraires de soins, un créancier, qui ne venait plus en rang utile, contesta la créance du Dr L. qui fit plaider le cas et le tribunal d'Ussel (Corrèze) rendit le jugement suivant :

Attendu que, par un dire, Me X., au nom de M. L., docteur en médecine, a demandé que son client fût colloqué au rang des privilèges en vertu de l'article 2101 § 3 pour la somme de 152 fr. qui lui est due pour honoraires de soins médicaux ;

Attendu que si, suivant une opinion, la dernière maladie ne peut s'entendre que de celle qui a été suivie du décès du débiteur, suivant une autre opinion, généralement adoptée par les tribunaux et soutenu e par un grand nombre d'auteurs, la dernière maladie doit s'entendre, non seulement de celle dont est mort le débiteur, mais aussi de celle qui a précédé sa faillite ou sa déconfiture ; que cette dernière opinion, plus conforme à la raison et à l'équité, sans être contraire au texte de la loi, doit être retenue par le tribunal ; qu'en conséquence, il convient de décider que le Dr L. sera colloqué pour les causes ci-dessus, au premier rang des privilégiés, etc.

L'indemnité de maladie à l'Association de la Loire-Inférieure.

PROJET DE STATUTS.

D'une caisse d'indemnité en cas de maladie (1)

Présenté par la Commission composée de MM. les docteurs Chachereau, Plantard et Porson, rapporteur, et adopté à la séance générale du 22 janvier 1891.

TITRE PREMIER.

But de la Société.

Art. 1. — Entre les médecins du département faisant partie de l'Association générale des médecins de France ou de l'Association syndicale est créée une Caisse ayant pour but de procurer aux membres participants une indemnité pendant le temps de maladie.

Art. 2. — Son siège local est à Nantes et pour son affiliation à l'Association générale à Paris.

TITRE II.

Composition de la Société.

Art. 3. — La Société se compose de membres honoraires et de membres participants. Ces derniers

(1) Nous reproduisons ce travail qui est, nous en sommes heureux, dans ses éléments essentiels, celui de l'*Association de l'Oise.*

sont ceux qui ont droit aux avantages assurés par l'Association en échange du paiement régulier de leur cotisation et en se conformant aux Statuts.

Art. 4. — Pour être admis membre participant, il faut : 1° être médecin, exerçant légalement dans le département ; 2° ne pas avoir plus de 55 ans. A partir de 1896, nul ne pourra être admis après 40 ans révolus ; 3° n'être atteint d'aucune maladie chronique, ainsi que l'attestera le certificat d'un confrère de la ville ou de la région habitée par le candidat et désigné par le Président de l'Association ; ce certificat comportera une analyse des urines. En cas d'hésitation ou de doute, l'avis du médecin-visiteur sera soumis au Bureau, sous le secret professionnel ; 4° avoir été reçu en Assemblée générale, au scrutin secret et à la majorité des voix présentes.

Art. 5. — Tout médecin, désirant faire partie de la Société, devra en faire la demande écrite au Président de l'Association avec indication de ses nom, prénoms, âge et domicile.

Art. 6. — Il ne devra appartenir à aucune autre Société de secours mutuels ; les Sociétés d'assurances contre les accidents ne sont pas considérées comme Sociétés de secours mutuels.

Art. 7. — La Société admet les membres participants sortant d'un autre département, sur la présentation d'un certificat du Président de la Société locale de ce département attestant qu'il a liquidé ses cotisations.

TITRE III.

Obligations des Sociétaires.

Art. 8. — La cotisation annuelle est de 48 fr. ; elle pourra n'être que de 24 fr. au gré du Sociétaire ; dans ce cas, l'indemnité de maladie sera réduite de moitié.

Art. 9. — A toute époque de sa participation, le Sociétaire peut modifier sa prime, mais en cas d'augmentation de prime, il est soumis à un nouvel examen médical.

Art. 10. — La cotisation est payable par avance dans la première quinzaine du trimestre. Elle est due à partir du premier jour du trimestre pendant lequel l'admission aura été prononcée. Il sera permis de se libérer d'une année entière en un seul paiement.

Art. 11. — En outre de la cotisation annuelle, il est dû un droit d'entrée de 24 fr. par tout Sociétaire âgé de moins de 30 ans ; de cet âge jusqu'à 55 ans, ce droit est augmenté, proportionnellement à l'âge, d'un franc par année.

Art. 12. — Les paiements auront lieu directement à la caisse du Trésorier ou par la poste aux frais et risques de l'expéditeur.

Art. 13. — Toute somme versée reste définitivement acquise à la caisse.

Art. 14. — Après un retard de trois mois et un avertissement demeuré sans effet, le Bureau pourra prononcer la radiation, sauf circonstances atténuantes dont il sera juge.

Art. 15. — Le refus de payer la cotisation ou le droit d'entrée entraîne la radiation.

TITRE IV.

Indemnité.

Art. 16. — L'indemnité journalière en cas de maladie est de 10 fr. pour les membres versant une cotisation de 48 fr. par an, et de 5 fr. pour ceux versant une cotisation annuelle de 24 fr. Cette indemnité est allouée à partir du premier jour et pendant 120 jours pour toute maladie dûment constatée d'une durée de 10 jours au moins] et entraînant l'incapacité absolue d'exercer la profession médicale.

Art. 17. — Tout Sociétaire atteint de maladie chronique sera considéré chaque année comme nouveau malade et avec droit à 120 jours d'indemnité pleine, défalcation faite de sa prime annuelle qu'il continue à payer.

Art. 18. — La moitié de l'indemnité sera payée à la fin de la maladie ou par mois pendant le cours de la maladie. L'autre moitié après la production du compte de gestion prévu par l'article 39. Dans le cas d'insuffisance des ressources soit de la caisse locale, soit de la caisse centrale, le taux de l'indemnité subira une réduction proportionnelle.

Art. 19. — L'ordonnancement de toutes sommes à payer sera fait par le Président.

Art. 20. — Tout Sociétaire malade doit en donner immédiatement avis au Président de la Société, afin que ce dernier puisse prescrire en temps utile les constatations nécessaires.

Art. 21. — Pendant toute la durée de la maladie l'incapacité de travail du Sociétaire peut être soumis au contrôle du Président ou de son délégué.

Art. 22. — Tout refus d'un Sociétaire de se soumettre au contrôle prescrit entraîne, de droit, la cessation de l'indemnité.

Art. 23. — L'indemnité cesse d'être accordée au Sociétaire malade ou convalescent qui exercerait sa profession soit en faisant des visites à domicile (*soit même en donnant des consultations au cabinet*) (1). Tout délinquant à cette clause serait tenu de rembourser les sommes versées par la Société. En cas de récidive, l'exclusion pourrait être prononcée en Assemblée générale.

Art. 24. — La caisse n'alloue aucune indemnité pour les suites d'un duel, d'une tentative de suicide, non plus que pour les maladies causées, d'une façon notoire, par l'intempérance habituelle.

Art. 25. — Tout associé qui quitte la France perd ses droits à l'indemnité pendant son absence (la Corse et l'Algérie font partie de la France).

Art. 26. — Les causes donnant droit à l'indemnité seront attestées par le certificat d'un confrère de la région et désigné d'office par le Président.

Art. 27. — Tout Sociétaire malade devra faire encaisser, à ses frais, à la caisse du Trésorier, les sommes qui lui sont dues.

TITRE V.

Composition, fonctions et obligations du Conseil d'administration.

Art. 28. — La Caisse d'assistance, en cas de maladie, est administrée par le Bureau de la Société locale. Un Trésorier et un Secrétaire spéciaux seront choisis en Assemblée générale, et, s'il y a lieu, il leur sera adjoint un comptable pris en dehors du corps médical et auquel un traitement pourra être alloué.

Art. 29. — Le Conseil d'Administration se réunira chaque semestre, afin d'établir la comptabilité et s'occuper des affaires de la Société ; un procès-verbal de chaque séance sera transcrit sur un registre spécial. Le Président pourra réunir le Bureau toutes les fois que les circonstances l'exigeront.

TITRE VI.

Gestion et Comptabilité.

Art. 30. — La gestion générale est établie par quatre registres : 1° un registre pour l'inscription des membres participants et honoraires ; 2° un registre des procès-verbaux ; 3° un registre de quittances à souche ; 4° un livre journalier des recettes et des dépenses. Ces registres seront communiqués sans les déplacer à tout membre de la Société qui le désirerait.

Art. 31. — Les fonds disponibles dans la caisse seront placés, par les soins du Trésorier, « à la Caisse d'épargne ou à celle des dépôts et consignations » (2).

Art. 32. — La comptabilité de la Société est placée sous la responsabilité morale du Conseil d'Administration.

(1) Cette dernière disposition a été renvoyée à examen ultérieur.

(2) Il reste à examiner quelle est celle de ces deux Caisses qui offre le plus d'avantages, tant au point de vue de la facilité des versements et des retraits de fonds que pour le taux des intérêts.

TITRE VII.

Fonds social. — Ressources et charges.

Art. 33. — Le fonds social se compose :
1° Des versements des membres participants ;
2° De ceux des membres honoraires ;
3° Des intérêts des fonds placés ;
4° Des dons et legs ;
5° De toute autre recette qui pourra se présenter.
Art. 34. — Les charges consistent :
1° En frais d'administration ;
2° En indemnité journalière aux Sociétaires malades ;
3° En versement du dixième des recettes à la Caisse centrale de Paris.

TITRE VIII.

Caisse centrale.

Art. 35. — Il est établi à Paris une Caisse destinée à compléter le système des caisses locales. Elle est administrée par le Bureau de l'Association des médecins de France.

Art. 36. — Elle reçoit, comme il est dit à l'art. 34, le dixième des recettes. Elle fournit, en cas d'insuffisance de la caisse locale, les sommes nécessaires au paiement des indemnités.

Art. 37. — Un règlement ultérieur fixera son fonctionnement.

TITRE IX.

Assemblées générales.

Art. 38. — Il y aura deux Assemblées générales par an simultanément avec celles de l'Association générale.

Art. 39. — Le Trésorier y produira le compte de sa gestion. Ce compte, qui figurera au procès-verbal de la séance, sera imprimé et envoyé à tous les Sociétaires.

Art. 40. — Aucune question autre que celles portées à l'ordre du jour ne pourra être mise en discussion. Toute proposition nouvelle devra être envoyée par écrit huit jours avant la réunion de l'Assemblée générale au Président de l'Association.

TITRE X.

Revision. — Dissolution.

Art. 41. — Les présents Statuts seront toujours revisables en Assemblée générale, à la majorité des membres présents.

Art. 42. — La dissolution de la Société ne pourra être prononcée qu'en Assemblée générale. La liquidation des fonds restés en caisse se fera conformément au décret du 26 mars 1852.

Art. 43. — Les fonds restés libres subiront l'affectation qui sera décidée par les Sociétaires réunis en Assemblée générale.

BULLETIN DES SYNDICATS

Lettre du Dr Mignen, président de l'Union des Syndicats, au sujet de la revision de la loi sur les syndicats.

Mes chers confrères,

L'année 1891 s'ouvre, pour le corps médical, sous les plus heureux auspices. La Chambre des Députés vient de voter la loi qui réglera les conditions d'exercice de notre profession, et de donner satisfaction à nos revendications datant de près d'un siècle.

Sans doute, nous avons profité des travaux de ceux qui nous ont précédés ; sans doute, le mouvement d'opinion qu'ils avaient créé nous a été des plus utiles, mais c'est à des efforts actuels que nous devons le succès.

Honneur donc aux vaillants qui ont combattu pour nous ! Honneur entre tous, à notre éminent confrère, M. le Dr *Chevandier*, député de la Drôme, pour lequel nous revendiquons la paternité de la loi nouvelle ! Honneur à lui qui, depuis 20 ans sur la brèche, ne s'est jamais rebuté, a vaincu toutes les résistances et emporté d'assaut toute les positions ! L'unification des diplômes contribuera à resserrer les liens de confraternité qui nous unissent, et M. le Dr Chevandier peut se féliciter d'avoir droit à la reconnaissance de tout le corps médical français.

Mais à côté de lui, d'accord avec lui, le *Concours médical* a combattu pour nous, et, à l'heure où l'Association générale des médecins de France semblait désespérer, ce journal, toujours si dévoué à nos intérêts, publiait le rapport remarquable de M. le Dr *Geoffroy*.

Nous ne saurions oublier la part qui revient à M. le Dr *Cézilly*, directeur du *Concours médical*, à M. le Dr *Gassot* et aux autres collaborateurs du *Concours médical*, dans l'heureux résultat que nous enregistrons aujourd'hui.

Nous avons trouvé aussi, parmi nos confrères députés, d'éloquents défenseurs. M. le Dr *Langlet*, de Reims, M. le Dr *Isambard*, de l'Isère, et M. *Brouardel*, doyen de la Faculté de médecine, commissaire du gouvernement, ont pris une part active aux débats. M. le Dr *Bourgeois*, de la Vendée, qui nous avait promis son concours, a su, en termes élevés, protester contre l'accusation qu'on semblait porter contre nous, et réclamer du gouvernement l'organisation depuis si longtemps promise de l'*assistance médicale dans les campagnes.*

Merci à eux des sentiments de solidarité professionnelle dont ils viennent de donner la preuve !

Nous devons être fiers du vote de la Chambre des Députés, mais les syndicats s'en réjouiront surtout, eux auxquels la loi assure l'existence légale qui leur était déniée jusqu'ici.

C'est encore à M. Chevandier qu'ils en sont redevables. Il nous faut reconnaître aussi les efforts des présidents de l'Union des syndicats médicaux, MM. *Gibert, Marguerittte, Dupuy* et *Barat-Dulaurier*. Pourquoi faut-il que le regretté docteur Margueritte n'ait pas été apppelé à voir le triomphe d'une cause qui lui était si chère.

Le *Sénat* sera apppelé à délibérer prochainement sur la loi adoptée par la Chambre ; nous espérons qu'il l'acceptera sans modifications importantes, et nous tenterons l'impossible pour hâter le moment qui nous dotera d'une législation définitive en rapport avec nos besoins et nos aspirations.

A nous donc, et dès maintenant, de marcher de l'avant. Que de tous côtés des syndicats médicaux s'organisent ; que sur tous les points du territoire français, les médecins se concertent et s'unissent pour profiter sur l'heure des bienfaits de la loi nouvelle ; que les syndicats existants déjà y puisent la force qui centuplera leur action ?

Le bureau de l'*Union des syndicats* se tient à l'entière disposition de tous ; que nos confrères ne craignent pas d'abuser de nous pour tous les renseignements dont ils auraient besoin. Nous ferons tout pour les aider et contribuer avec eux,

à l'amélioration matérielle et morale de notre belle profession.

Le président de l'Union des syndicats médicaux,

Dr MIGNEN.

Montaigu-Vendée, 22 mars 1891.

Syndicat des médecins de Marseille.

Assemblée Générale du 20 Décembre 1890.

Membres présents, 52.

A 5 heures M. le Dr JUBIOT fils, Président du Conseil, ouvre la séance en prononçant l'allocution suivante :

Messieurs et Chers Collègues,

La lettre-circulaire que nous vous avons envoyée, dans le but de vous convoquer à l'Assemblée Générale de ce jour, vous a montré que, grâce aux efforts et aux sollicitations des membres du Conseil d'Administration, l'Association Syndicale des Médecins de Marseille était définitivement fondée : Je dois vous dire qu'en général la tâche nous a été facile, je dirai même agréable ; en effet, le plus grand nombre des confrères que nous avons visité, (je pourrai presque dire tous, *un seul* ayant refusé d'une façon absolue d'être des nôtres), nous ont reçus avec des paroles élogieuses et d'encouragement ; et je ne puis résister au plaisir de vous citer le résultat de la conversation que nous avons eue, à ce sujet, avec notre maître très regretté, le docteur Van Gaver, qui avait été un adhérent de la première heure.

« Votre œuvre, disait-il, est de celles qui méritent « les encouragements de tous, sans distinction de « grade, ni d'âge, puisqu'elle a pour but princi- « pal l'établissement de l'union confraternelle et « de la solidarité professionnelle : Atteindre ce « but n'est pas, à mon avis, une utopie, mais l'œu- « vre de cœurs jeunes et dévoués à la profession ; « les générations précédentes qui ne l'ont tentée « qu'en partie, doivent, sans arrière-pensée, « applaudir cette tentative, faire des vœux pour « sa réussite et y aider en venant toutes grossir « vos rangs. »

Ces paroles, Messieurs, semblent avoir été entendues, et, avec nous, ne craignez pas de les répéter à tous ceux de vos collègues que nous n'avons pas encore pu voir.

Le Syndicat Médical de Marseille, vous disais-je au début, est aujourd'hui bien fondé et, après la période d'enfantement souvent longue et laborieuse, nous allons entrer dans la période d'action.

Nous savons, chers collègues, que peines et labeurs ne seront pas épargnés à ceux qui seront chargés de défendre vos intérêts et de revendiquer vos droits ; mais il est temps que les médecins, secouant eux aussi leur apathie, reprennent le rang qui leur appartient dans la société dont toutes les classes ont depuis un siècle environ subi des transformations si profondes : toutes se sont groupées pour soutenir en commun la lutte pour l'existence : de là la naissance des Syndicats.

Or, Messieurs (et ceci je le dis pour les retardataires, pour les hésitants), il devenait de toute nécessité que notre corporation entrât dans le mouvement afin de ne pas continuer à lutter un contre cent, sous peine de voir le découragement envahir les jeunes générations et le recrutement devenir de plus en plus difficile. Aux différentes classes de la société, prises comme administrations, comme sociétés de secours, comme individus groupés réunis en syndicats opposons des forces égales, c'est-à-dire un syndicat ; avec lui, en effet, le corps médical pourra entreprendre une lutte efficace contre l'exercice illégal de la médecine ; par lui aussi le médecin obtiendra à l'avenir pour des services qu'il ne sait jamais refuser la juste rémunération qu'on oublie souvent de lui donner et qu'il n'ose jamais réclamer ; et, par la suite, ce qui serait aussi un des titres de gloire des syndicats médicaux, on pourra peut-être, un jour, croire éteinte à jamais cette *pessima invidia* qui a toujours été le fléau de la grande famille médicale.

L'heure est venue, chers collègues, et considérons-là comme solennelle, où il faut se grouper, se sentir les coudes, à seule fin de conserver à notre corporation son rang dans l'échelle sociale.

Pour cela, continuons à récolter les adhésions qui nous manquent pour former une majorité imposante avec laquelle il faudra désormais compter ; faisons des réunions ; proposons au conseil syndical l'étude des questions de déontologie médicale qui nous intéressent ; discutons-les sagement et avec fruit, et qu'il n'y ait qu'une voix pour dire que notre Association a pris pour devise : *Tous pour chacun, chacun pour tous.*

Après lecture de ce document, M. le Dr Villard en demande l'insertion intégrale au *Marseille Médical.* (Adopté.)

M. le Président interpelle M. Amic au sujet d'une lettre-circulaire adressée aux confrères syndiqués par la Société de MM. les Officiers de Santé ; lettre que les membres seuls du Bureau n'ont pas reçue. Cette circulaire a pour but de demander l'adjonction au bureau de trois membres pris parmi les Officiers de Santé. M. le Président fait remarquer à M. Amic que le Conseil Syndical en fonction, régulièrement nommé dans la dernière Assemblée générale, ainsi qu'il l'a dit dans son discours d'ouverture, n'a jamais eu l'intention de transformer le Syndicat en *une vulgaire chapelle, apanage de quelques pontifes,* comme le dit sa lettre-circulaire et il ajoute que ce n'est pas au moment où on demande l'appui de toutes les bonnes volontés et où l'on cherche à faire l'union, qu'il est possible d'accuser le Conseil de vouloir faire de l'obstruction aux dépens de MM. les Officiers de Santé.

MM. Bremond et Pluyette prennent tour à tour la parole pour expliquer le but du vote qui est de remplacer deux membres démissionnaires sans distinction de docteurs ou médecins. M. Pluyette ajoute que le corps des Officiers de Santé est représenté dans le Conseil par M. Paul Sicard, Vice-Président. (Après ces explications, l'incident est clos.)

Le tarif d'honoraires du Comité Médical du département des Bouches-du-Rhône est adopté sans modifications comme tarif du Syndicat.

M. le Dr Gilles demande un tarif spécial pour les honoraires des médecins spécialistes.

La question sera mise à l'étude.

M. le Dr Pluyette développe la proposition suivante admise par le Conseil :

Impression de tableaux destinés à figurer dans les salles d'attente de tous les médecins syndiqués, pour indiquer que les consultations au cabinet ne sont pas gratuites. (Adopté.)

M. le Dr Gallerand donne lecture du rapport qui devra être adressé à la Commission Parlementaire chargée d'élaborer le projet de loi sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie. Ce rapport est adopté en entier après discussion article par article.

M. le Dr Villard demande l'impression de ce rapport qui sera distribué à tous les membres du corps médical.

M. le Dr Vincent dépose un vœu demandant la nomination d'un agent de recouvrement et la création d'un livre noir.

M. Honnorat dépose le vœu suivant :

MM. les Officiers de Santé devraient pouvoir être requis pour les consultations médico-légales.

Ces vœux, pris en considération, seront mis à l'étude.

On procède ensuite aux élections générales qui formaient le no 1 de l'ordre du jour.

Le dépouillement du scrutin donne le résultat qui suit :

Votants 70.

Président : M. Jubiot fils, 59 voix. — *Vice-Présidents* : MM. Gay, 58 voix ; Paul Sicard, 65 voix. — *Trésorier* : M. Gallerand, 59 voix. — *Secrétaire-Général* : M. Galibert, 59 voix. — *Conseillers* : MM. Pluyette, 60 voix ; Rampal, 59 voix ; Giraud (Fernand), 59 voix ; Schnel, 59 voix ; Rubino, 58 voix ; Brémond, 58 voix ; Curtil-Boyer, 58 voix ; Bernard, 56 voix ; Mistral, 56 voix ; Cambon, 56 voix.

La séance est levée à 6 h. 1/2.

Le Secrétaire,
Dr Galibert.

FORMULAIRE DU CONCOURS MÉDICAL

Electuaire antiseptique et nutritif.

Iodoforme	0 gr. 50
Tannin en poudre	1 »
Salicylate de naphtol B	2 »
Amidon	40 »
Peptone sèche	50 »
Glycérine	60 »
Miel	150 »

Mêlez intimement. A donner par cuillerées dans les 24 heures à intervalles réguliers en faisant boire ensuite de la décoction d'orge additionnée de vin ou de la limonade vineuse.

Cet électuaire convient dans les maladies infectieuses où il est nécessaire de réaliser l'antisepsie intestinale et d'alimenter les malades malgré la suppression du pouvoir peptonisant de l'estomac. La fièvre typhoïde est le type, mais bien d'autres maladies sont dans ce cas.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

MM. les Drs Liénard, à Les Echelles, membre de l'Association de la Savoie ;

Philidory, à Sao-Simaô (Brésil), présenté par M. le Dr Philidory, à Bastia ;

Delpierre, à Ansauvillers (Oise), présenté par M. le Dr Noël, de Noyers-Saint-Martin ;

Boukin, à Esbarres (Côte-d'Or), présenté par le Dr Tisserand, de Saint-Jean-de-Cosne.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de trois membres du Concours :

MM. les Drs Béchade, à Saint-Macaire (Gironde) ;
Benoist, à Braine (Aisne) ;
Moisan, à Plumelec (Morbihan).

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine :

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'Ecole de Médecine
4, rue Antoine-Dubois, 4

Formulaire de médecine pratique, par le docteur E. Monin, préface du professeur Peter.

Cet ouvrage, cartonné et édité avec grand luxe, qui renferme plusieurs milliers des meilleures formules, rendra à tous les plus utiles services. L'hygiène des maladies, la médecine des symptômes, la térapeutique conçue d'après les indications cliniques : Voilà ce qu'y trouveront tous les médecins soucieux d'approfondir l' « ars curandi », dénommé à bon droit « la partie la plus utile de l'art le plus utile que l'homme ait inventé. » Le Formulaire du Dr Monin est appelé au succès durable, parce qu'il est méthodiquement mis en pages et rédigé avec un sens critique assez rare dans ces sortes de publications. Prix : 5 fr.

Note : Ce livre ne convient pas seulement au praticien pour lequel il est indispensable, mais il convient encore à tous ceux, et ils sont nombreux, qui ont à soigner des malades.

Notes de voyage en Sibérie, par Edgar Boulangier, grand in-8° illustré de 400 pages.

Sous ce titre modeste : « Notes de voyage en Sibérie, M. Boulangier entreprend de nous faire mieux connaître et apprécier une vaste partie de cet immense empire : la Sibérie méridionale. Dans cette course relativement rapide, dans ce « raid » exécuté à travers une région dont la superficie égale neuf à dix fois celle de la France, il a beaucoup vu et surtout bien vu. Son voyage en zigzag, à la façon du bon Topffer, s'effectue par les moyens les plus divers, en voie ferrée, en bateau à vapeur, en canot, à cheval, voire même à pied, en « téléaga » et surtout en « tarantass », cette chaise de poste indigène et primitive dont le « padarojne » (permis de circulation ou passeport à double cachet officiel), contribue à accélérer grandement la célérité d'un relai de poste à un autre.

Le livre de M. Boulangier, avec sa couverture illustrée et sa remarquable impression, ses cartes, ses gravures dans le texte et hors texte, apparaît comme un splendide livre d'étrennes. Ouvrez-le, et vous le lirez avec intérêt jusqu'à la dernière page, puisqu'il nous parle de la grande Russie, notre amie d'aujourd'hui, et, s'il plaît à Dieu et au Czar, notre alliée de demain. Prix : 7 fr. 50. Net 6 fr. pour MM. les membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Valeur des cicatrices vaccinales antérieures au point de vue des aptitudes vaccino-varioliques.

M. le Dr *Commenge*, après avoir longuement étudié les phénomènes qui se sont manifestés chez les personnes revaccinées par lui, en a dégagé les conclusions suivantes :

1° Les revaccinations peuvent être utiles, huit ans après des vaccinations antérieures favorables ;

2° Les revaccinations sont utiles chez des personnes ayant eu la variole, l'immunité due à cette maladie, allant en s'affaiblissant, comme s'éteint progressivement l'influence favorable d'une vaccination antérieure heureuse ;

3° L'insuccès d'une revaccination ne prouve pas son inutilité. Il est nécessaire de renouveler cette tentative qui réussit souvent après des échecs successifs ;

4° Les revaccinations qui ne donnent que des boutons de fausse vaccine, n'indiquent pas la non aptitude vaccino-variolique ; il faut recommencer l'épreuve qui donne souvent un résultat favorable ;

5° L'indication des revaccinations est indépendante du degré d'intensité des cicatrices antérieures ;

6° Les revaccinations réussissent aussi bien chez les sujets ayant des cicatrices antérieures légères, que chez ceux qui ont des cicatrices antérieures fortes ;

7° Les revaccinations donnent un résultat plus favorable, lorsqu'on emploie le vaccin directement sur la génisse que lorsqu'on fait usage de la pulpe vaccinale.

Traitement de l'adénopathie tuberculeuse par le naphtol camphré.

M. *Nélaton* a fait à la Société de Chirurgie un apport sur des observations adressées par M. Reboul (de Marseille). Ce chirurgien employa les injections intra-parenchymateuses dans les cas d'adénites, suppurées ou non. Sur 27 cas, il eut 27 succès complets. M. Reboul injecte 7 à 8 gouttes de napthol camphré tous les huit jours et obtient la guérison en deux ou trois mois. Quand le ganglion est ramolli, il évacue le pus et le remplace par du naphtol camphré. M. Nélaton a employé ce moyen dans les conditions suivantes : il s'agissait d'un ganglion ouvert à l'extérieur, M. Nélaton bourra la cavité avec du naphtol camphré imbibant le coton et parvint à guérir non seulement l'ulcération, mais encore la traînée ganglionnaire qui en partait.

Des mouvements associés dans la paralysie faciale.

M. *Debove* a observé tout récemment un malade atteint de paralysie faciale à la suite d'un violent traumatisme (coup de pied de cheval sur le côté droit de la face) ; ce malade présentait cette particularité intéressante qu'il ne pouvait parler sans fermer les yeux ; réciproquement, quand il fermait énergiquement les yeux, ses commissures labiales s'écartaient. Ces mouvements associés ont été déjà observés et décrits. Il n'y a donc de spécial chez le malade de M. Debove que l'intensité du phénomène.

On a proposé bien des théories pour expliquer cette association des mouvements. Hitzig l'attribuait à une excitabilité anormale des noyaux bulbaires du facial, produisant des mouvements synergiques à l'occasion d'une excitation normale.

M. Debove propose une autre explication : Tout mouvement énergique manque de précision parce qu'on ne peut obtenir dans ce cas la contraction isolée d'un faisceau musculaire ; les muscles voisins se contractent aussi. Si par exemple on fléchit violemment le pouce, les autres doigts se fléchissent aussi, ou tout au moins ne restent immobiles que grâce à un certain effort

des extenseurs. Il est donc impossible, par un mouvement énergique, de ne pas innerver en même temps les muscles voisins.

Or, dans la paralysie faciale, au moment où la contractilité volontaire commence à reparaître, les phénomènes sont absolument les mêmes. Le malade est obligé de faire un effort considérable pour produire le moindre mouvement des lèvres ou des paupières.

L'incitation qui part alors du noyau du facial ne se limite plus facilement à telle ou telle branche, mais les intéresse toutes plus ou moins. En outre, les anastomoses qui existent entre les deux noyaux du facial expliquent que ces incitations énergiques parties de l'un d'eux puissent se transmettre à l'autre et produire des mouvements synergiques dans le côté non paralysé de la face.

Induration des veines périphériques.

M. *Duponchel*, du Val-de-Grâce, a présenté l'année dernière à la Société des Hôpitaux un malade dont les veines périphériques étaient indurées et donnaient au doigt la sensation des artères athéromateuses. Il rappelle en même temps plusieurs cas de cette affection encore peu connue.

Ce sont deux malades analogues que M. Duponchel vient présenter aujourd'hui. Chez l'un d'eux l'induration porte sur les saphènes internes, ce qui est le plus ordinaire, et sur les veines des membres supérieurs. Chez l'autre les veines du membre supérieur sont seules atteintes.

Les antécédents pathologiques du premier peuvent ainsi se résumer : une affection thoracique dans l'enfance, une fièvre typhoïde, il y a trois ans, une pneumonie récente. Le second s'est toujours bien porté.

De pareils faits ne sont pas très rares ; on ne sait rien cependant sur la pathogénie de ces indurations veineuses ; la question n'est, du reste, pas mieux éclaircie au point de vue anatomo-pathologique.

M. *Letulle* a observé plusieurs cas d'induration veineuse depuis la première communication de M. Duponchel. Les veines étaient petites, dures, parfaitement cylindriques ; jamais elles n'étaient variqueuses. C'était une sclérose veineuse régulière et sans oblitération appréciable. Dans deux cas les malades porteurs de ces lésions étaient tuberculeux.

Troubles trophiques dans l'hystérie.

M. *Richardière* a présenté à la Société médicale des Hôpitaux un malade qui, il y a deux mois et demi, frappé d'une attaque d'apoplexie, conserva une hémiplégie droite complète. Cette hémiplégie se dissipa assez rapidement, mais bientôt après survinrent des troubles trophiques portant sur les muscles des deux mains et sur la peau des mêmes régions. Au niveau des phalanges surtout, se montraient des bulles remplies d'une sérosité claire, se résorbant ensuite peu à peu et laissant, sous forme de cicatrices, des plaques épidermiques épaisses, dures, brunâtres.

Ce malade appartient à une famille de névropathes et présente des stigmates indéniables d'hystérie : rétrécissement du champ visuel, anesthésie pharyngée, troubles de la sensibilité de tout un côté, douleurs au niveau du crâne fort analogues au « clou hystérique ».

Une hémorrhagie cérébrale pourrait bien expliquer, après l'attaque d'apoplexie, l'hémiplégie motrice et même sensitive, mais non les troubles trophiques bi-latéraux. On ne peut pas non plus incriminer, chez ce malade, le ramollissement cérébral ni la syphilis cérébrale et leur attribuer les divers symptômes énumérés plus haut. La syringomyélie pourrait être accusée, à cause justement de la bi-latéralité des troubles trophiques ; mais le début brusque des accidents, leur évolution très rapide, l'unilatéralité des troubles sensitifs, qui portent sur les trois modes de réaction, l'absence de toute dissociation et de scoliose, font rejeter l'idée de syringomyélie et portent à penser qu'on se trouve en face d'un cas d'hystérie pure.

D'ailleurs les troubles trophiques portant sur la peau, les muscles, le tissu cellulaire sous-cutané ont été souvent signalés chez les hystériques : c'est ainsi qu'on a décrit des œdèmes, des ecchymoses sous-cutanées, du pemphigus, de l'eczéma, des altérations des ongles ne pouvant se rattacher à aucune autre cause que l'hystérie.

REVUE DE CHIRURGIE

Pathogénie, marche et traitements des ulcères variqueux.

Les ulcères variqueux ont bénéficié des recherches modernes tant au point de vue de leur étude pathogénique et anatomo-pathologique qu'au point de vue de leur traitement. Toujours très nombreux dans les consultations hospitalières, les malades, atteints de cette affection, ont été étudiés dans ces dernières années par une série d'observateurs ; des méthodes nouvelles de pansement ont été expérimentées avec succès ; la chirurgie antiseptique a pu, là encore, rendre des services et, si les méthodes prophylactiques d'une part, le repos prolongé d'autre part, restent le fond du traitement des ulcères variqueux, il n'en est pas moins vrai qu'aujourd'hui ce repos peut être abrégé et que rarement le chirurgien se trouve dans la nécessité de mutiler un membre pour la cure radicale d'un ulcère variqueux.

L'ulcère variqueux a toujours été considéré comme une complication fréquente des varices. Son siège habituel au niveau des membres inférieurs ressort de ce fait que les jambes, pour des raisons anatomiques et physiologiques bien connues, sont le siège ordinaire des varices. Mais à côté des varices entrent d'autres éléments dont on a bien mis en relief l'importance dans des travaux récents. Depuis longtemps déjà, on avait observé que les ulcères étaient bien moins la complication de grosses varices recouvrant tout un membre que celle de petites varices cutanées accompagnant normalement les varices profondes. De plus, l'état lisse de la peau autour de l'ulcère ou l'état éléphantiasique chez les malades atteints d'ulcères variqueux montrent bien qu'il y a là des lésions de tous les éléments péri-veineux.

Des recherches, dirigées dans ce sens, l'ont prouvé. Quénu a démontré, par des examens microscopiques, que la névrite n'est pas étrangère à la formation de ces ulcères. D'autres auteurs insistent sur les lésions des artérioles consistant en une dégénérescence athéromateuse plus ou

moins étendue, en coagulations par places. Il n'est point jusqu'aux os qui ne soient touchés: Reclus a signalé des hypertrophies des os de la jambe venant diminuer encore par la distension des segments la vitalité des tissus. Aussi a-t-on pu dire: « D'artère à veine, de veine à nerf, de nerf à os et d'os à peau, il y a un échange réciproque de mauvais procédés et le tout concourt à faire des jambes un lieu de moindre résistance, à y rendre les tissus infirmes. » Enfin, des esprits généralisateurs ont vu dans cet état scléreux des veines et des artères du membre inférieur une manifestation de l'arthritisme.

Quoi qu'il en soit de la pathogénie des ulcères variqueux, leur début est presque toujours le même. On conçoit, en effet, qu'un ulcère prenne naissance sur une jambe prédisposée par la mauvaise circulation du membre sous l'influence du plus léger traumatisme, d'un furoncle, d'un abcès, d'une poussée eczémateuse, d'une pustule d'ecthyma, d'une phlyctène, d'une éruption cutanée quelconque à laquelle le sujet est déjà prédisposé d'avance; une fois constitué il a peu de tendance à se cicatriser dans ces tissus dépourvus de vitalité. Ajoutons que si, dès son apparition, il n'est pas pansé ou s'il est mal pansé (ce qui est le cas le plus fréquent), il ne tarde pas à s'étendre. Une fois constitué, on voit un fond gris tapissé de bourgeons charnus plus ou moins exubérants, recouverts dans leurs interstices d'une matière pultacée; les bords sont réguliers et saillants. Bien des facteurs entrent en jeu pour modifier cette surface ulcérée: sous l'influence de la station debout elle s'agrandit peu à peu, le moindre état gastrique fait changer l'aspect de l'ulcération qui dans ce cas devient livide et sèche; enfin surviennent souvent des poussées inflammatoires. Mais que l'ulcère subisse telle ou telle modification, les parties périphériques présentent toujours un aspect lisse, la peau sclérosée est glabre, les ongles altérés, quelquefois le pied a un aspect éléphantiasique. Dans ces parties périphériques la sensibilité est émoussée, et plus spécialement la sensibilité thermique. L'évolution des ulcères variqueux est très irrégulière; ils offrent tour à tour des alternatives d'aggravation et d'amélioration, ne gênant les malades que par une sensation pénible de pesanteur, des hémorrhagies au moindre traumatisme et par un suintement fétide.

Rien n'est plus facile que le diagnostic de l'ulcère variqueux, souvent les malades le font eux-mêmes et viennent consulter le médecin pour un « ulcère de jambe ». C'est à peine si l'on pourrait confondre une gomme syphilitique ulcérée avec un ulcère variqueux au début. Bien différente de l'ulcère est la gomme ulcérée; cette dernière présente un fond jaunâtre, des bords taillés à pic. Outre les antécédents on aura encore le traitement spécifique qui pourra être utilisé dans des cas douteux. Il ne saurait être question, au point de vue diagnostic, des affections inflammatoires de la peau ou du tissu cellulaire sous-cutané et moins encore de plaques de gangrène limitée sous l'influence d'un état général.

La question, qui certainement importe le plus, étant donné l'évolution des ulcères variqueux, est le TRAITEMENT.

Quel que soit le topique que l'on emploie, le mode de pansement que l'on adopte, la première indication est le *repos absolu*, le membre tant dans la position horizontale.

Avant d'appliquer sur l'ulcère le moindre pansement, il importe de le *désinfecter*, et de nettoyer, avec le plus grand soin, les parties environnantes; sur la peau saine, on pratiquera un lavage avec une solution de sublimé au 1/1000; après un savonnage sur l'ulcération, on fera de larges ablutions avec la solution boriquée saturée.

Cette désinfection faite, il s'agit de *panser* la plaie: quels sont les topiques qu'il faut employer de préférence? Le chirurgien n'a guère que l'embarras du choix, parmi les innombrables substances, poudres, onguents, pommades, etc., dont malades et chirurgiens se sont servis dans le traitement des ulcères variqueux. Il existe pourtant certaines indications, suivant la nature de l'ulcère, son étendue, l'aspect plus ou moins bourgeonnant de sa surface. Pour les grands ulcères à bords plats plus ou moins infectés qu'on trouve souvent chez les malades ayant négligé de se soigner, les *pulvérisations phéniquées* trouveront leur indication. Remises en honneur, il y a quelques années, à l'infirmerie de la Salpêtrière, elles ont produit chez les vieilles femmes les plus heureux résultats. M. Gilles de la Tourette a indiqué la façon dont il procède et publié dans la *Revue de Chirurgie* des observations, dans lesquelles il a obtenu une guérison rapide. Les pulvérisations faites avec le pulvérisateur de Championnière ont été instituées chaque jour, pendant une heure et demie à deux heures, matin et soir. La substance employée est la solution phéniquée au 50e d'abord; puis au 40e, au 30e et au 20e; dans l'intervalle, la plaie est recouverte de vaseline boriquée au 10e; l'érythème n'est pas à redouter, pas plus que l'intoxication phéniquée; bien au contraire, l'inflammation tombe, la surface se déterge, les sécrétions fétides s'arrêtent, les bords s'affaissent.

Lorsque l'ulcère est atone et petit, à surface peu anfractueuse, on peut cautériser au *nitrate d'argent*; s'il est plus étendu et anfractueux on se servira de la lame rougie du *thermocautère*.

Parmi les pansements antiseptiques aujourd'hui les plus employés, citons le *sulfate de cuivre* et le *permanganate de potasse*.

M. Reclus recommande les *lotions d'eau très chaude*. « Deux ou trois fois par jour, dit-il, le membre où siège l'ulcère sera plongé dans un bain dont on élèvera progressivement la température jusqu'à ce qu'elle atteigne 50 ou 55 degrés, suivant la plus ou moins grande tolérance du malade; dans les régions où les bains locaux seront difficilement applicables, on mettra sur la surface fongueuse des compresses imbibées d'eau toujours à la température de 50° à 55°; les séances devront durer au moins dix minutes à un quart d'heure.

Ces lotions chaudes modifient en très peu de jours la surface de l'ulcère; il prend une coloration rosée et son liseré cicatriciel s'accroît d'une manière sensible. »

Lorsque le branle est donné à l'épidermisation, il importe de faire la *compression*.

Le pansement compressif le plus employé jusque dans ces derniers temps a été le pansement classique fait avec des bandelettes de diachylon imbriquées; mais le diachylon n'est pas antiseptique; si l'on veut user d'un sparadrap, il faut recourir soit à l'*emplâtre de Vigo*, soit à l'*emplâtre rouge de M. Vidal*, qui est moins irritant et dont voici la formule:

Minium.......................... 2, 50
Cinabre......................... 1, 50
Emplâtre de diachylon........ 26

Différents autres topiques peuvent aussi être employés : tels l'*iodoforme* dont l'usage en chirurgie est courant, le *sous-carbonate de fer*, fort usité à l'hôpital St-Louis, et enfin l'*aristol*, qui présente, d'après M. Brocq, le double avantage de n'être ni toxique, ni odorant. Ces divers topiques sont répandus sur la plaie : on les recouvre d'une couche de coton hydrophile, de taffetas gommé et, à l'aide d'une bande en toile, on fait une compression modérée.

Au bout d'un certain temps, une compression plus forte devient nécessaire. On peut se servir alors d'une longue bande de *caoutchouc* qui exerce une compresion méthodique et que l'on fait enlever le soir pour la remettre le matin ; la plaie étant recouverte d'un pansement pendant la nuit.

A la bande de caoutchouc M. Reclus propose de substituer une *bande silicatée* que l'on peut renouveler tous les quinze jours, la plaie étant recouverte d'une pommade antiseptique.

Telles sont les diverses méthodes de pansement applicables aujourd'hui aux ulcères.

Grâce à ces applications, on voit l'ulcère diminuer progressivement ; mais, s'il s'arrête dans sa cicatrisation, il faudra *insister sur le repos absolu*, varier les topiques, car l'expérience démontre que ce changement pourrait suffire à déterminer une reprise de la cicatrisation. Enfin, on pourra aider la réparation en pratiquant des *greffes épidermiques* suivant le procédé de Reverdin. Si la perte de substance est trop étendue, on peut recourir à la *greffe dermo-épidermique* de Thiersch. Pour pratiquer ces dernières on racle à la curette la surface de l'ulcère sur toute son étendue ; cette surface est étanchée et recouverte de compresses imbibées d'eau salée pendant huit ou dix minutes ; on enlève ensuite les greffes comprenant, avec les papilles, les couches superficielles du derme ; celles-ci, de deux centimètres de large sur 10 de long, sont étalées et maintenues par des bandelettes de protective, de coton hydrophile trempé dans la solution salée et de mackintosh enveloppé lui-même d'une épaisse couche d'ouate bien immobilisée. Enfin, dans ce même ordre d'idées, on a eu recours à *l'autoplastie*.

Il est encore une série d'opérations sanglantes remises en honneur avec l'antisepsie, c'est la *ligature multiple de la veine interne saphène*. L'ulcère variqueux étant une complication des varices, malgré les restrictions qu'il faut faire, ainsi qu'il a été dit plus haut, il était logique de tenter la cure de l'ulcère variqueux par les ligatures multiples. Nous l'avons vu appliquer récemment sur un membre variqueux, avec ulcère assez étendu et troubles trophiques éléphantiasiques du côté du pied. Au bout de quelques semaines, l'ulcère avait notablement diminué, et l'éléphantiasis s'était atténué. L'opération est simple et présente actuellement une innocuité absolue. Elle pourra donc trouver dans certains cas son indication. Du reste, le procédé a déjà été employé avec succès par M. Schwartz qui a vu se cicatriser en huit jours un ulcère de 5 centimètres de long sur 6 de hauteur. On n'hésitera donc pas, si, en dépit du traitement, la jambe ulcérée ne se cicatrise pas, à pratiquer les ligatures multiples sur la saphène interne.

Enfin, lorsque l'on aura obtenu la cicatrisation d'un ulcère variqueux, le malade devra porter un bas à varices, car tout membre variqueux est un lieu de moindre résistance et le plus petit traumatisme peut être cause d'un nouvel ulcère.

Voilà donc quels sont les principaux points du traitement actuel des ulcères variqueux ; désinfection du membre et de l'ulcère ; repos absolu ; pulvérisations phéniquées et lotions d'eau chaude ; cautérisations et compressions avec divers topiques ; enfin greffes et tentatives de cures radicales.

Il est souvent indispensable d'essayer l'un après l'autre plusieurs traitements.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'indemnité de maladie.

A M. le Dr Hameau, *président de la Société locale de la Gironde.*

Monsieur et très honoré confrère,

Dans une lettre que vous avez adressée à l'*Union médicale* vous prenez à partie M. le Dr Cézilly au sujet d'une circulaire adressée par la Société locale de l'Oise à toutes les Sociétés de France. Permettez-moi de revendiquer hautement la paternité de cette circulaire que j'ai rédigée en ma qualité de rapporteur, dont les termes ont été acceptés par mes confrères et que le Dr Cézilly a simplement signée en qualité de président, mandataire de son association.

Ceci dit, permettez-moi de répondre le plus brièvement possible aux diverses questions que soulève votre lettre.

Tout d'abord, je tiens à affirmer que vous vous êtes mépris sur le sens de la circulaire. Ce que vous avez pris pour *de l'acrimonie et du dédain superbe à l'adresse de la Gironde* n'était, en réalité, que le reflet d'une surprise profonde causée par les agissements du bureau de l'Association Générale.

Il y a en vous, Monsieur et très honoré confrère, deux hommes bien distincts, l'un président de la Société de la Gironde et l'autre membre du Conseil général de l'Association. Au premier je puis dire que nul plus que moi n'apprécie la largeur de vues et l'esprit libéral de l'association de la Gironde, ainsi que les nombreux services rendus par elle au corps médical tout entier. Et je lui rends d'autant plus volontiers cet hommage que je m'honore de compter parmi ses membres, et dans la commission même, de nombreux amis que je serais désolé de désobliger.

Au second, je pourrai dire qu'en cette circonstance il s'est montré trop désireux de plaire au conseil général qui est assez fort pour se défendre lui-même, mais qui, probablement, a dû n'être pas fâché et bien rire en voyant des rivalités s'élever entre les deux seules sociétés qui lui eussent soumis un projet désagréable. Peut-être cependant aura-t-il ri trop tôt : L'avenir nous l'apprendra.

Vos souvenirs ne sont pas d'accord avec les nôtres au sujet de la publication à faire des deux projets de l'Oise et de la Gironde. Je le regrette, mais n'en suis pas surpris, puisque moi-même ne me souviens nullement de l'explication que vous dites avoir donnée devant la commission au

sujet du doublement de la cotisation portée à 120 fr.

Mais, ce qui n'est pas douteux, c'est que la décision de publier le projet de l'Oise ait été prise, puisque, à l'issue de la séance, je suis allé prier le rapporteur de vouloir bien supprimer dans sa publication un certain article 15 dont je n'avais pu, faute de temps, vérifier les chiffres qui ne me paraissaient pas d'une exactitude absolue.

En déclarant le projet de la Gironde « nouveau-né, mal étudié, ne s'appuyant sur aucun calcul... » je n'ai nullement eu l'intention de froisser mes confrères de la Gironde, et encore moins voulu dire que leur nouveau-né n'était pas viable. Je sais trop bien moi-même, pour avoir contribué avec certains d'entre eux à la création d'autres organisations médicales importantes, combien ils sont capables de mener à bien les œuvres entreprises. J'ai simplement constaté un fait contre lequel toutes les affirmations ne sauraient prévaloir, à savoir :

Que la Société de l'Oise est la première en date qui ait proposé la création d'une caisse d'indemnité en cas de maladie ;

Que depuis huit ans nous étudions cette question ;

Que la société de la Gironde ne s'en est *sérieusement* occupée que depuis huit mois ;

Qu'elle n'a jamais publié un chiffre à l'appui de ses affirmations, tandis que tous nos calculs ont été livrés à nos confrères depuis longtemps ;

Et qu'en somme le projet de la Gironde, s'il n'est le fils de celui de l'Oise, est en tout cas, son frère très cadet.

Si la vérité vous offense, j'en suis désolé et n'y puis rien faire ; mais je persiste à croire que, malgré de nombreux points de dissentiment, les deux projets sont conciliables.

Si, pour employer l'expression de M. Saint-Philippe, vos travaux personnels *ont été*, en cette affaire, *herculéens*, les mots nous manquent pour qualifier ceux de l'Oise et la modestie nous oblige à ne pas en chercher.

Je dois cependant reconnaître qu'en cette circonstance vous avez accompli un véritable tour de force en parvenant à réunir en assemblée plénière les sociétés locales du S. O. sans attirer sur votre tête les terribles foudres de l'Association générale.

Pour ceux qui n'ont pas oublié l'incident Trolard (d'Alger) en 1887, pour ceux qui se souviennent de la façon véhémente avec laquelle vous demandiez (vous, nouvel élu au conseil général) un vote de blâme contre notre malheureux confrère surtout coupable d'avoir rêvé une coalition de sociétés locales contre l'inertie de l'Association générale, pour tous ceux-là, dis-je, la chose n'a pas laissé que d'être surprenante.

Pour résumer ma lettre déjà trop longue, il y a, je crois, dans toute cette affaire, un malentendu qui ne se serait pas produit sans votre double personnalité. Car l'Oise et la Gironde, ainsi qu'elles l'ont fait quand il s'est agi de créer les syndicats médicaux et la caisse des pensions de retraite du corps médical, auraient dû, bravement, la main dans la main, monter à l'assaut du mauvais vouloir de l'Association générale.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré Confrère, l'expression de ma haute considération.

D[r] MAURAT.

Société locale de la Haute-Vienne.

Séance du 12 février 1891.

Rapport sur la question de l'indemnité-maladie (1)

« Messieurs,

» Votre Commission composée de MM. Boudet, Raymond, Marquet, de Font-Réaulx, m'a demandé de vous présenter un rapport sur la question de la création d'une caisse d'indemnité de maladie entre médecins.

» Voici de quoi il s'agit et où en est la chose.

» De même qu'il existe des assurances sur la vie, contre l'incendie, contre les accidents, etc., il est possible et utile à tous ceux à qui la fortune a oublié de sourire de se prémunir en partie contre la calamité du chômage par suite de maladie.

» La classe ouvrière l'a bien compris, et, c'est par je ne sais combien de centaines de mille que se chiffre le nombre des Membres des Sociétés de secours mutuels, dont le but principal est de délivrer une indemnité par chaque jour de maladie.

» Les pouvoirs publics, entraînés par un courant si louable, ont favorisé et subventionné ces philanthropiques associations qui partent de ce principe qu'il vaut mieux, par le versement d'une partie de ses revenus, s'assurer contre les risques de la gêne et parfois de la misère que d'avoir à demander des secours, c'est-à-dire la charité. La morale la plus élémentaire ne peut que louer de tels efforts. Les résultats acquis sont assez considérables d'ailleurs pour les justifier.

» La profession médicale est loin d'être toujours exercée par les privilégiés de la fortune, et ils sont bien rares les millionnaires qui affrontent des études pénibles, périlleuses, puis l'exercice d'une profession aussi absorbante que fatigante et, malheureusement, pour le plus grand nombre, très mal rémunérée.

» Ils sont nombreux les médecins qui, après avoir conquis leur diplôme au prix de leur patrimoine et souvent de pénibles privations pour leur famille et pour eux-mêmes, peinent tout le jour (sans réclamer la journée de huit heures) et souvent une partie de la nuit, qui renoncent aux longues heures des joies de la famille, élèvent avec les plus grandes difficultés une famille souvent nombreuse, car la plupart ne sont pas des disciples de Malthus. Combien, et nous en avons vu déjà de près mourir plusieurs dans ces conditions, qui ne peuvent espérer à leur lit de mort voir assurer le pain de leur famille. La vie est si chère, le public, celui qui paye, est habitué en tant de lieux à un tarif si minime et le médecin est trop souvent si mauvais comptable ! Ces faits sont tristes à rappeler, mais ils sont connus de vous tous. Plusieurs, arrêtés par la gêne et souvent par de longues et cruelles maladies, ne peuvent même plus continuer à rester affiliés à l'utile Association des Médecins de France, qui eût pu adoucir les privations de leur vieillesse et procurer quelques ressources à ceux qu'ils laissent.

» Combien parmi ces déshérités qui, s'ils avaient été assurés à l'indemnité-maladie, auraient vu moins de jours sombres, auraient pu se soigner au lieu de courir les visites, car c'est presque jusqu'au dernier jour de leur vie qu'on voit parfois

(1) *L'Assemblée générale de l'Association* a lieu demain, c'est pourquoi nous reproduisons le rapport de la Haute-Vienne, sur l'indemnité de maladie, qu'elle doit discuter.

des médecins visiter par tous les temps des clients moins malades qu'eux-mêmes.

» Nous en avons vu un jusque dans une vieillesse avancée, suffoqué par l'emphysème et par une affection cardiaque, accepter avec empressement, en échange d'honoraires dérisoires, de se lever la nuit, pour aller donner ses soins aux clients que ses confrères trouvaient trop exigeants. Il eût pu obtenir les 600 fr. de pension que l'Association donne à un médecin environ par département, mais il avait trop de fierté pour la demander et ne l'a pas voulu. Il eût certainement accepté une indemnité d'une assurance contre la maladie si elle eût existé.

» L'Angleterre nous a donné l'exemple de ces assurances entre médecins. La Société amicale d'assurance des médecins anglais a été fondée par M. le Dr Hart en 1885. De 560 membres elle s'est progressivement élevée au chiffre de 936. Elle donne les meilleurs résultats.

» En France, plusieurs Sociétés locales ont préconisé diverses organisations. Le département de la Seine en possède une depuis 1887, fondée par le Dr Lagoguey. De 71 le chiffre des adhérents s'est élevé à 149. Elle a des membres honoraires.

» Une pareille Société fonctionne dans l'Aisne, celle du syndicat d'Aisne-et-Vesle. La Société locale des arrondissements de Laon, Vervins et Château-Thierry a émis le vœu de la création d'une caisse d'assurance contre la maladie, annexée à l'Association générale, ce qui donnerait à l'œuvre une puissante base sans se confondre avec sa caisse de secours et sans lui faire courir aucun risque.

» *La Société de la Gironde a ébauché des statuts et demandé que l'Association générale étudie les divers projets et en propose un bien mûri au corps médical.*

« La Société de la Haute-Garonne a très énergiquement réclamé l'organisation par l'Association générale d'une caisse-maladie qui ne saurait être bien viable si elle était seulement départementale, car pour réussir il faut le nombre. Elle explique que chaque Société locale devrait former simplement une section dont le Conseil d'administration servirait d'intermédiaire avec la Fédération, serait chargé de voir aux admissions et à la constatation des maladies.

» La Société de Tarn-et-Garonne voudrait qu'en versant une cotisation différente, les adhérents pussent toucher 5 ou 10 fr. par jour.

» Nos confrères du Var demandent une caisse centrale qui subventionnerait les sections départementales trop peu nombreuses.

» Les médecins de la Loire-Inférieure ont rédigé un projet de statuts et réclament une organisation par la Fédération.

» L'Association de Béziers reconnaît l'utilité de l'assurance mutuelle en cas de maladie.

« Le Dr Surmay, président de l'Association de Saint-Quentin, constate que l'institution avec fédération ne peut exister légalement que si elle est attachée directement à l'Association générale.

» La Société de Maine-et-Loire souhaite vivement l'assurance facultative organisée dans les départements et reliée à la fédération actuelle : En cas de maladie incurable, elle voudrait que le malade touchât 600 fr. de la nouvelle caisse et 600 fr. de l'Association générale.

» Les sociétés du Nord et des Côtes-du-Nord ne veulent pas d'assurance obligatoire, mais facultative. C'est d'ailleurs l'avis à peu près unanime des sociétés qui réclament l'institution.

» MM. les Dr Gibort et Margueritte, de Rouen, déclarent que le principe de l'indemnité en cas de maladie s'impose à l'Association de la façon la plus impérieuse. Avec ses ressources actuelles et dans les conditions exceptionnellement favorables où elle se trouve, disent-ils, l'Association générale, d'après ses statuts, doit organiser ce service, sauf à fixer une dépense nouvelle pour les associés.

» Nous croyons, ajoutent-ils, que l'Association générale, tout en gardant la direction de ce nouveau service, doit laisser l'initiative à chacune des sociétés locales qui choisira, parmi toutes les solutions, celle qui lui conviendra le mieux.

» Certaines sociétés craignent qu'il soit nécessaire de fixer un taux de cotisation trop élevé aux adhérents à la caisse-maladie pour que ceux qui seraient destinés à en avoir besoin pussent s'affilier. »

» Plusieurs, celle de la Nièvre entre autres, sont d'avis que, ne pouvant imposer à tous une cotisation plus élevée que celle actuelle, il convient de laisser à la Commission administrative de la Société locale le soin de donner des secours elle-même en s'inspirant de la situation particulière des malades, de ses charges, de ses ressources, restreintes ou nulles. Elle a voté qu'en cas de maladie chaque sociétaire aurait droit de demander à ses confrères voisins de lui donner leurs soins et de voir ses clients en traitement. Il aura droit, en outre, selon ses besoins, à un secours immédiat. Une somme de 1,000 francs sera toujours à cet effet disponible dans la caisse du trésorier.

» De tous les projets rédigés en France, il en est un qui nous paraît répondre à la situation d'une façon très satisfaisante. C'est celui de la Société de l'Oise, rédigé par son président, notre confrère M. le Dr Cézilly. Peut-être le Dr Cézilly a eu un tort, celui d'avoir trop fait de bien à la profession médicale. C'est lui, en effet, qui a été le promoteur des syndicats et de leur fédération. C'est à ses démarches, à son journal *le Concours médical* et à d'éminents collaborateurs que nous devons de voir la revision de la loi sur l'exercice de la médecine sur le point d'aboutir. Grâce à la campagne entreprise par son organe de publicité, le corps médical français a une *caisse de pensions de retraite* dont le Dr Dujardin-Beaumetz est président, et le Dr Lande vice-président. Cette caisse fonctionne fort bien et a déjà plus de deux cents adhérents et 300 mille francs de capital. C'est au Dr Cézilly qu'on doit le nouveau mouvement d'opinion qui amène l'élaboration d'un décret réglant sur des bases plus équitables les honoraires médico-légaux. Il a fondé une *société de protection des victimes du devoir*. Outre les cotisations de ses membres qui ont versé près de 8,000 fr., elle a reçu 2.000 fr. donnés par l'État. Le Dr Théophile Roussel en est président. Avec les docteurs de Ranse et Cornil, il a fondé le *syndicat de la presse médicale.*

» Avec toutes ces diverses fondations utiles, M. le Dr Cézilly, président de la Société locale de l'Oise, s'est créé une haute situation comme bienfaiteur du corps médical. Est-ce une raison pour que son projet si bien étudié d'organisation d'une caisse d'*assurance-maladie* soit vu un peu obliquement en haut lieu ? S'il n'en était ainsi, nous

ne verrions peut-être pas le projet que nous étudions présenté avec un manque de tendresse évident. La circulaire du 15 novembre dernier, émanée du bureau du conseil général de l'Association générale, est loin en effet d'être rédigée de façon à établir son absolue impartialité. Déjà, à la dernière assemblée générale, c'est la pression de l'immense majorité des délégués qui a empêché de voter les conclusions du bureau, qui étaient un enterrement de la question. Les partisans les plus ardents du projet ont obtenu l'ajournement du vote sur les conclusions du rapport du Dr Lereboullet.

« Le système préconisé par le Dr Gézilly, les médecins de l'Oise et les membres du Concours médical offre, comme principales lignes, les données suivantes interprétées par un projet de statuts fort étudié :

» 1° L'Association générale des médecins de France crée à l'usage de ses membres une caisse annexe, prévue par ses statuts généraux (article 6, § 1 et 6).

» 2° L'adhésion à cette œuvre est facultative. L'œuvre a pour but d'allouer une indemnité pécuniaire à ses adhérents placés par la maladie ou un accident dans l'impossibilité d'exercer leur profession (les consultations au cabinet ne sont pas considérées comme reprise du travail).

» 3° Les adhérents subissent un examen médical constatant leur bonne santé.

» 4° Pour participer aux avantages de la caisse d'indemnité en cas de maladie le sociétaire doit, outre la cotisation habituelle de 12 fr. par an, payer entre les mains du trésorier de la Société locale une sommr à fixer d'après son âge et d'après un barème facile à établir. D'après ce tableau, un sociétaire entrant à vingt-cinq ans doit payer 40 fr. La prime type de 48 fr. est atteinte à trente-sept ans et doublée à soixante ans.

» 5° Il peut doubler sa cotisation ou la diminuer de moitié pour s'assurer double ou demi-indemnité.

» 6° La caisse n'est engagée que dans la limite de son avoir.

» 7° Elle alloue à ses membres 10 fr. par jour, au besoin pendant cent vingt jours. L'indemnité n'est due que si l'incapacité de travail dure au moins dix jours.

» 8° Le sociétaire atteint de maladie chronique sera considéré chaque année comme nouveau malade avec droit à cent vingt jours d'indemnité, défalcation faite de sa prime annuelle.

» 9° Le Conseil général de l'Association des médecins de France désigne chaque année une commission de trois membres chargée de présider une assemblée des membres participants à la caisse et de statuer sur les admissions.

» 10° Chaque année le trésorier adresse le reliquat des fonds au trésorier général de l'Association, qui centralise les fonds de la caisse.

» 11° En cas d'insuffisance des ressources, le Trésorier s'adresse à la caisse centrale.

» Le Dr Cézilly explique que l'on pourrait allouer l'indemnité entière pendant soixante jours seulement et demi-indemnité pour les cent vingt jours suivants.

» Les calculs ont été faits à la suite d'une étude minutieuse des documents les plus sérieux et en particulier ceux résultant de l'expérience des cinq années de l'Association anglaise.

» Ce projet prévoit divers détails de fonctionnement qu'il serait long d'exposer ici. Il nous paraît répondre mieux qu'aucun autre aux désiderata d'une œuvre de ce genre. Il ne nous paraît pas téméraire de penser que, patronné par l'Association générale, il réunirait des centaines et peut-être un millier d'adhérents.

» L'œuvre ne demanderait aucun secours pécuniaire à la caisse actuelle de l'Association générale, mais créée par elle ce serait le moyen de lui procurer le *nombre*, sans lequel elle perdrait de sa valeur. En outre, la caisse n'aurait ainsi aucun frais important de gestion, d'examen médical, de contrôle de maladie, toutes choses précieuses introuvables hors de l'Association. D'ailleurs l'Association ne pourrait que tirer une force nouvelle de cette création s'ajoutant à ses bienfaits antérieurs indiscutables.

» Il est évident que si le Conseil général de l'Association se décidait à étudier lui-même un projet de statuts, des perfectionnements pourraient être apportés à ceux actuellement étudiés et un projet ainsi complété pourrait être soumis aux Sociétés locales, réduites en ce moment à discuter une foule de projets dont plusieurs ne sont pas mûris.

» Comme conclusion à ce rapport nous proposons à cette Assemblée de décider :

» Qu'il est souhaitable que l'Association générale s'attache à présenter aux Sociétés un projet ferme ne comprenant pas d'élévation obligatoire de la cotisation pour tous, mais une réglementation applicable aux seuls adhérents pour lesqu els une caisse annexe serait créée, indépendante de la caisse actuelle. »

Le Rapporteur,

Dr J. de Font-Réaulx.

La proposition est adoptée à l'unanimité.

Vœux de la Société locale de la Mayenne.

La *Société locale de la Mayenne*, dans sa réunion du 10 septembre 1890, exprime les vœux suivants, qui sont adoptés à l'unanimité :

1° Que les rapports qui doivent être lus et discutés en Assemblée générale, à Paris, soient expédiés, au moins huit jours avant la première séance, à toutes les sociétés locales ;

2° Que le Conseil général de l'Association soit formé par moitié de médecins habitant Paris et de médecins habitant la province, en ayant soin de choisir ces derniers, de façon que toutes les régions soient représentées ;

3° Mettant en pratique générale la réflexion très judicieuse de M. le Dr Lande (de la Gironde) : « En dehors de la marche qui vous place en avant et nous derrière vous, on n'aboutira qu'au désordre ! » que le Conseil général veuille prendre immédiatement en main tous les projets relatifs à la défense et à la protection des intérêts professionnels, d'où que viennent ces projets, et qu'il prenne l'habitude de demander par questionnaire clair, net et précis, l'avis des sociétés locales sur les questions à discuter en Assemblée générale.

Extrait du *Journal Officiel* du 18 mars 1891.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS.

5e LÉGISLATURE. — SESSION ORDINAIRE DE 1891.

Compte rendu in-extenso.

34e séance : mardi 17 mars.

Présidence de M. SPULLER, *Vice-Président.*

DISCUSSION DU PROJET DE LOI RELATIF A L'EXERCICE DE LA MÉDECINE.

M. LE PRÉSIDENT. L'ordre du jour appelle la discussion : 1° du projet de loi ; 2° des propositions de loi de M. Edouard Lockroy, de M. Chevandier, de M. David (Alpes-Maritimes) et plusieurs de ses collègues, sur l'exercice de la médecine.

La parole est à M. Langlet.

M. LANGLET. Messieurs, la question qui vient à l'ordre du jour en ce moment n'a pas semblé, à la dernière séance, lors du règlement de l'ordre du jour, attirer très vivement l'attention de nos collègues ; j'ai même entendu l'un d'eux s'écrier : « C'est une loi d'intérêt local ! » Je désirerais en quelques mots montrer qu'il s'agit bien là d'une loi d'intérêt général de premier ordre, et me placer à deux points de vue : au point de vue de la santé publique et à celui des intérêts de l'enseignement supérieur.

On pourrait, à la rigueur, se demander s'il y a lieu de réglementer l'exercice de la médecine. La question s'est posée à diverses reprises. On a vu des médecins demander qu'à l'exemple de ce qui se passe dans certains pays l'exercice de la médecine fût libre. Je crois que personne aujourd'hui ne fait une pareille proposition.

On comprend que les intérêts de la santé publique nécessitent de la part de ceux qui en ont la charge des connaissances non seulement élémentaires, mais approfondies. Par conséquent, de tout temps la réglementation de la médecine a été acceptée. Il s'agit aujourd'hui de réformer la loi de l'an XI qui règle l'exercice de la médecine et de la pharmacie. Nous ne nous occupons en ce moment que de la médecine.

Cette loi de l'an XI prévoit deux catégories de médecins, et c'est un des points principaux de la discussion qui s'ouvre devant nous. La question est de savoir s'il y a lieu de conserver ces deux catégories : des médecins qui sont appelés officiers de santé et d'autres qui portent le nom de docteurs. Lors de l'élaboration de la loi de l'an XI, on avait émis cette prétention singulière qu'il fallait des médecins savants pour les villes et d'autres moins instruits pour les campagnes. On avait donné cette raison étrange que les populations des campagnes étant de mœurs plus douces et plus simples devaient avoir des maladies plus faciles à soigner et nécessitant une complication thérapeutique moindre.

C'était évidemment là un enfantillage.

On a donc créé deux ordres de médecins : les docteurs et les officiers de santé, dont les conditions d'études étaient de beaucoup inférieures à celles qui sont exigées des docteurs. Les docteurs doivent d'abord justifier de connaissances classiques résumées dans le baccalauréat ; puis, au point de vue des études techniques, ils sont assujettis à de plus nombreuses inscriptions et enfin à des examens probatoires plus sérieux et à la confection d'une thèse. L'officier de santé, lui, est soumis à une durée d'études moins considérable.

En réalité cette loi, qui avait pour but de mettre un peu d'ordre dans le chaos qui existait alors, a réalisé un progrès considérable, car nombre de praticiens exerçaient sans posséder aucune espèce de connaissances médicales.

Il n'en est pas moins vrai que la création de deux catégories de personnes chargées de donner à ceux qui souffrent les mêmes soins était inadmissible, tellement qu'on avait cru devoir établir, pour les officiers de santé et pour les docteurs, des différences dans l'exercice de leur profession. On avait limité, au point de vue géographique, l'étendue territoriale sur laquelle l'officier de santé pouvait exercer ; sous prétexte que sa science était moins grande, il pouvait exercer dans son département, mais hors de ce département il n'avait plus aucun pouvoir. On avait circonscrit encore la puissance d'exercice de l'officier de santé, au point de vue de certaines opérations : il lui était interdit — et cette interdiction subsiste encore aujourd'hui — de pratiquer certaines opérations qu'il peut se trouver cependant dans la nécessité de faire pour sauver un malade en danger.

Voilà deux conditions inadmissibles qui étaient imposées à cette catégorie de médecins : infériorité dans le grade, comme dans la situation sociale, avec défense de pratiquer certaines opérations, et nécessité de n'exercer que dans un territoire très restreint. D'où cette conséquence qu'un médecin situé sur la frontière de deux départements pouvait licitement, avec l'appui de la loi, exercer sa profession dans une région, tandis qu'à quelques kilomètres de là il lui était impossible de le faire ; ce qui était bon au dedans d'un département devenait mauvais en dehors.

On a toujours songé à réformer cette loi de l'an XI et il s'en est fallu de peu qu'en 1825 elle ne fût complètement modifiée. La Chambre des pairs d'alors avait été saisie d'un projet de loi très étudié, préparé par les hommes les plus compétents et les plus distingués dans la science, et qui fut sur le point d'être voté. Ce projet consistait à créer pour le corps médical, non plus deux catégories de grades, deux catégories d'individus pouvant exercer dans une circonscription territoriale plus ou moins étendue, mais une faculté qu'on appelait alors et qu'on pouvait appeler la licence, la faculté d'exercer, le droit d'exercice, le diplôme professionnel en un mot. Ce diplôme professionnel était certainement ce qu'il était le plus logique d'exiger de celui qui devait exercer la médecine ; c'est ce diplôme qu'on demande dans certains pays, en Allemagne, dans certains cantons de la Suisse, à ceux qui veulent pratiquer la médecine. Dès 1825, on a combattu victorieusement toutes les objections qu'on adressait à ces deux catégories de médecins, et Chaptal, qui était le rapporteur de la loi, si je ne me trompe, disait — et c'était un argument irréfutable — que de bons médecins étaient plus nécessaires encore dans les campagnes que dans les villes, parce que dans les campagnes ils se trouvaient très souvent dans l'impossibilité de recourir à la science de leurs collègues, tandis que dans les villes, au contraire, les conditions d'exercice étaient facilitées non seulement par la concurrence, mais encore par la collaboration.

Il ajoutait que des demi-médecins avaient bientôt converti des demi-malades en malades bien conditionnés. Aujourd'hui, on ne pourrait plus parler ainsi des officiers de santé, et je tiens à déclarer hautement que, dans le projet de loi préparé par la

commission, comme dans l'esprit de tous ceux qui y ont collaboré, il n'est pas venu à la pensée qu'on devait supprimer les officiers de santé parce qu'ils étaient indignes d'exercer la médecine. Cela n'est pas venu dans l'idée des commissaires, parce que cela n'est pas la vérité.

Aujourd'hui la situation des officiers de santé est absolument différente de ce qu'elle était autrefois. On a augmenté la durée de leurs études ; on a demandé des examens plus compliqués et plus difficiles ; on les a en un mot rapprochés singulièrement des docteurs au point de vue de la science qu'ils possèdent.

Je pourrais affirmer à la Chambre qu'il existe dans un grand nombre de nos campagnes des officiers de santé auxquels on pourrait se confier avec au moins autant de sûreté qu'à bon nombre de docteurs.

En réalité, il n'y a plus aujourd'hui grande différence entre l'officier de santé et le docteur, ou plutôt si, il y en a une, et cette différence, vous savez en quoi elle consiste : dans l'examen exigé à l'entrée des études médicales, dans le baccalauréat. Il n'y a donc souvent entre l'officier de santé et le docteur que la différence d'une version latine.

Ce n'est pas ici l'occasion de soulever cette grande question de la réforme du baccalauréat, à laquelle on a déjà touché il y a quelque temps. Je n'insiste, pour ma part, que sur le côté de la question qui montre comme inutile aujourd'hui la distinction entre l'officier de santé et le docteur, que le diplôme professionnel, que le droit d'exercice doit être le même pour tous, pour celui qui pratique à la ville et pour celui qui pratique à la campagne. La maladie et les malades sont les mêmes partout ; la maladie est aussi terrible pour les humbles que pour les riches. Il est donc nécessaire de présenter partout les mêmes garanties de science et d'honnêteté.

M. Frédéric Grousset. On ne peut pas payer les mêmes honoraires partout.

M. Langlet. C'est une autre question !

M. Lorois. C'est la question principale.

M. Langlet. Dans la commission, on s'est rallié à cette idée — parce qu'il n'y avait plus de raisons majeures de conserver ces deux grades — qu'il fallait faire l'unification des études médicales. C'est sur ce point que je demande à attirer un peu l'attention de la Chambre, parce que, à côté de la question des intérêts de la santé publique, je voudrais demander à M. le ministre de l'instruction publique ou à M. le commissaire du Gouvernement quelles sont leurs intentions à l'égard des centres d'instruction qui confèrent certains grades et qui, jusqu'à présent, étaient particulièrement chargés de conférer le grade d'officier de santé.

En effet, à cette question de pratique médicale se lie intimement celle de l'enseignement de la médecine, et vous savez qu'il existe en France, en dehors des facultés, des écoles qui ont le nom d'écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, dont les intérêts semblent, pour beaucoup de personnes, lésés par le projet de loi qui vient aujourd'hui devant vous. Il s'agit de savoir si la suppression des officiers de santé portera un coup sensible à des foyers d'instruction supérieure qui se trouvent situés dans un assez grand nombre de villes de province et qui constituent des milieux où la science a ses droits et qu'il importe pour beaucoup de raisons de ne pas supprimer.

Je demande donc la permission de dire quelques mots de ces conditions d'études et de ces écoles secondaires de médecine. (*Parlez ! parlez !*)

On les appelle en réalité écoles préparatoires de médecine ; c'est là le nom qui devrait leur être réservé, parce qu'elles devraient être chargées de donner l'enseignement élémentaire de la médecine, à commencer par les études pratiques, laissant aux facultés, mieux outillées et plus riches, le droit de donner l'instruction supérieure ou tout au moins le droit de faire passer les examens et de perfectionner les élèves.

Il y aurait donc là en France, si on voulait, deux organes qui se compléteraient l'un l'autre.

Avec ce rôle de perfectionnement donné à la faculté, on ne se trouverait peut-être pas dans la nécessité de créer un nombre de facultés aussi considérable que celui qu'on est en train d'instituer, et on obtiendrait quelques avantages au point de vue de l'élévation générale du niveau scientifique dans les facultés.

Mais il ne suffirait pas de permettre à ces écoles secondaires de médecine de vivre en conservant leurs élèves ; je crois qu'il serait nécessaire d'opérer quelques transformations, et à cet égard j'ai pleine confiance dans le Gouvernement et dans ses conseils, parmi lesquels je vois un de mes maîtres aimés. J'estime qu'il serait indispensable de transformer les études médicales si on veut obtenir des résultats, si on veut conserver les élèves dans ces écoles secondaires et laisser vivre quelques foyers où l'on s'occupe de science et qui peuvent être utiles aux milieux où ils sont placés.

Que sont donc ces écoles secondaires de médecine ? Elles possèdent un certain nombre de professeurs auxquels on a rendu la vie un peu difficile depuis quelques années, il faut bien le reconnaître, en exigeant que des villes où elles se trouvent fassent des sacrifices plus considérables.

On a chargé le budget communal d'une façon notable sans que l'Etat ait part, à un degré quelconque — notez ceci — aux dépenses de cet enseignement. Je ne demande pas à l'Etat d'intervenir dans les dépenses de cet enseignement supérieur ; je demande justement, puisque ces écoles vivent de subventions communales et départementales, qu'elles soient tenues en plus grande considération. En effet, elles ne coûtent rien au budget de l'Etat et elles peuvent lui rendre les plus grands services.

On a fait depuis quelques années une transformation dans l'organisation des études médicales qui leur a été préjudiciable. Je crois que tout le monde est d'accord sur ce point dans les facultés et dans les conseils du Gouvernement ; et cependant on ne se décide pas à revenir à un régime normal. La difficulté est celle-ci : Autrefois, lorsqu'un élève sortait du lycée muni de ses grades, il entrait dans une école de médecine, où il s'occupait immédiatement d'anatomie et de clinique. C'étaient là les bases pratiques les plus sérieuses de l'étude de la médecine, et ces écoles envoyaient à Paris des élèves qui pouvaient lutter avec les meilleurs et les mieux préparés des facultés.

Aujourd'hui on a fait en sorte que l'enseignement de la première année des études médicales soit tout à fait différent ; on a mis à la base l'étude de la physique, de la chimie et des sciences naturelles. Or, cette étude faite en première année — c'est mon avis et c'est également l'opinion d'un grand nombre de membres du corps enseignant — a cet inconvénient énorme de ne pas placer immédiatement l'étudiant dans le milieu qui le séduit en lui

permettant l'étude si intéressante de la vie et de la souffrance humaine ; elle a le désavantage de prolonger en quelque sorte les études du baccalauréat. Au contraire, il faut combiner les études des sciences accessoires, ou dites accessoires, avec les études de médecine proprement dites, et transformer cette première année qui vient si singulièrement compliquer les études médicales. Il faut aussi que les écoles secondaires puissent trouver une existence tolérable, que les élèves aient quelque raison d'y rester et les professeurs quelque autorité sur ces élèves. Or, lorsqu'on a créé les examens du doctorat se poursuivant d'année en année, de l'étudiant de première année on fait un docteur ès sciences physiques, puis un docteur en anatomie, en physiologie, etc., qui, après chaque examen, ne va plus s'occuper des matières qui en font l'objet.

Il faudrait au contraire, — et sur ce point je demande quelle est l'opinion de M. le commissaire du Gouvernement, — il faudrait que les études des sciences accessoires fussent réparties pendant toute la durée des études médicales ; il faudrait que, pendant les deux, trois ou quatre années qu'un étudiant peut rester dans une école secondaire de médecine, il subit des examens de fin d'année, qui, passés sous la direction de ses professeurs, mettraient entre eux une communauté d'idées qui n'existe pas aujourd'hui et donnerait aux maîtres une connaissance plus approfondie de la valeur de leurs élèves.

La question est tellement importante qu'elle se pose non seulement pour les écoles secondaires de médecine, mais même à Paris. Vous l'avez vue se poser, il y a quelque temps, devant les sociétés médicales de Paris qui se sont demandé s'il n'y aurait pas lieu de décharger les facultés qui sont encombrées d'élèves. M. le doyen de la Faculté de médecine ne me démentira pas quand je dirai que, si bien outillées que soient nos facultés, si vastes que soient leurs locaux, ils ne peuvent pas encore suffire à loger les élèves et leur permettre d'avoir tous les éléments d'instruction nécessaires.

Il faudrait donc permettre aussi bien à Paris qu'en province l'organisation de centres d'instruction pratique, qui produiraient des élèves ayant au moins autant de valeur que ceux qui sont formés par le doctorat d'aujourd'hui et qui pourraient faire leurs études dans les hôpitaux de Paris et dans les grands hôpitaux des villes de province où se trouvent des écoles.

Je n'insisterai pas plus longtemps, messieurs. J'ai posé les questions et j'ai le grand désir qu'il y soit répondu. Je crois que le moment n'est pas aux longs discours ; je vais par conséquent terminer en deux mots en vous disant qu'en ce qui me concerne, mon grand désir serait de voir ouvrir plus largement les portes de l'enseignement médical par une transformation des examens qu'on demande aux élèves qui vont y entrer.

Je voudrais qu'on s'assurât que les individus qui vont faire de la médecine ont une culture intellectuelle assez élevée, quel que soit d'ailleurs le mode d'examens par lesquels on s'en assure ; je voudrais enfin que les écoles secondaires de médecine qui sont les centres de préparation des élèves qui vont venir dans les facultés soient assez bien organisées, non pas au point de vue du matériel qu'elles possèdent, des professeurs qu'elles possèdent aussi, mais des facilités d'études et de l'ordre dans les examens afin qu'elles puissent conserver leurs élèves plus longtemps. On pourrait, dans ces conditions, créer dans notre France un personnel médical ayant un diplôme d'une valeur uniforme, instruit de ses devoirs, connaissant les besoins des malades et pouvant y satisfaire ; en un mot, des praticiens qui, n'aspirant pas tous à rester dans les villes et à encombrer leurs laboratoires, pourraient retourner chez eux et contribuer à entretenir les foyers d'instruction dont je vous parlais tout à l'heure.

Si vous faites cela nous pourrons voter le projet de loi qui nous est soumis sans scrupule et sans arrière-pensée, sans crainte de nuire à un enseignement que nous croyons profondément utile, sans la crainte surtout de nuire aux établissements d'enseignement supérieur auxquels nous portons un vif intérêt et que nous croyons profondément utiles. (*Très bien ! très bien !*)

M. le Président. La parole est à M. le rapporteur.

M. Chevandier, *rapporteur*. Je remercie notre honorable collègue des observations qu'il a soumises à la Chambre et qui très certainement prépareront un vote favorable au passage à la discussion des articles de la loi que nous avons l'honneur de vous proposer.

Or, il y a peu de sujets plus intéressants que celui des conditions réglant l'exercice de la médecine.

C'est là une question d'humanité que nous plaçons bien au-dessus des intérêts matériels et particuliers que quelques personnes ont cru découvrir dans notre proposition. Nous n'avons été soutenus dans cet examen si souvent répété des propositions nombreuses qui nous ont été soumises, que par l'ardent désir de doter notre pays d'un corps médical qui lui apporte les garanties les plus complètes au point de vue de l'exercice d'une profession redoutable.

Nous ne pouvons méconnaître la gravité des fonctions des médecins, ce que la société et la famille sont en droit d'attendre de chacun d'eux, et c'est en nous inspirant justement des devoirs qui leur incombent, des espérances qui se tournent vers eux, que nous venons devant vous, résolus à soutenir notre proposition de loi portant revision d'une loi qui date du commencement du siècle.

Ce qui nous prouve l'utilité de ce projet, c'est que du jour où il a été déposé en 1883 sur cette tribune, il a été examiné par un grand nombre de sociétés de médecins ; c'est que, pendant cette longue période de huit années écoulées entre le jour de son dépôt et l'heure de la discussion actuelle, il a été constamment défendu non seulement par les auteurs de la proposition initiale, mais encore par les délégués de l'association des médecins de France, par les trois commissions parlementaires auxquelles elle a dû être déférée par suite de la caducité qui l'a frappée par deux fois ; c'est qu'il a été l'objet de l'étude si consciencieuse qu'en a faite le comité d'hygiène publique de France ; c'est, enfin, parce qu'il a fait naître deux projets du Gouvernement. Et comment aurait-il pu ne pas en être ainsi ? Le Gouvernement ne pouvait se désintéresser d'une question d'une telle importance.

La question n'apparaît pas pour la première fois devant le Parlement.

Si vous voulez, messieurs, vous reporter à cinquante ans en arrière, vous trouverez deux dates mémorables : l'une dans les annales parlementaires, l'autre dans les fastes de la médecine.

En 1845, un congrès médical siégeant à Paris, composé de 600 médecins, délégués par 14,000 docteurs, fit porter ses études et ses observations, un

mois durant, non seulement sur le projet sur lequel nous appelons aujourd'hui votre attention, mais encore sur beaucoup d'autres questions d'intérêt public.

J'ajoute, messieurs, qu'à cette époque, comme aujourd'hui, les pouvoirs publics prêtaient l'oreille aux revendications du corps médical à ce point que, deux ans après, des votes émis au sein du congrès médical naissait un projet de loi sur l'exercice de la médecine.

Le Gouvernement avait fait siennes les délibérations de cette grande assemblée de médecins réunis en vue de donner les meilleures solutions aux questions déjà posées à cette époque.

Aussi, en 1847, le ministre de l'instruction publique, M. de Salvandy, s'inspirant des documents recueillis au cours des délibérations du Congrès, présentait à la Chambre des pairs un projet de loi identique à celui que nous avons l'honneur de vous apporter aujourd'hui. Et, afin de vous encourager dans la voie où nous désirons vous voir entrer, afin de vous décider à voter notre proposition de loi, permettez-nous de vous rappeler qu'après une longue délibération la Chambre des pairs vota le projet de loi de M. Salvandy à une majorité énorme, à la majorité, je crois, de 280 voix contre 15 ou 18 — le chiffre exact n'est pas présent à mon esprit, mais c'est à peu près dans cette proportion que la loi fut votée par une majorité dont je serai heureux de vous voir suivre l'exemple.

Or, messieurs, depuis cette époque, les intérêts médicaux qui déjà étaient en souffrance n'ont point cessé de souffrir, et c'est peut-être là que vous trouverez l'origine de quelques inquiétudes auxquelles vous n'avez pu toujours vous soustraire.

Vous vous êtes demandé parfois d'où vient la pénurie de médecins dans les campagnes, et leur surabondance dans les villes. Messieurs, c'est précisément parce que nous croyons avoir trouvé les moyens d'encourager les médecins, de les soutenir, de les protéger davantage, et, dès lors, d'assurer leur recrutement, que nous venons vous proposer de voter les dispositions nombreuses inscrites dans les articles de notre proposition.

Déjà mon honorable collègue, M. Langlet, a fait un exposé dans lequel il a traité d'une manière plus particulière et peut-être un peu prématurée la question de l'officiat de santé.

Pour moi, je vais tout d'abord indiquer sur quels points de la loi du 19 ventôse an XI porte notre projet de revision. Mais avant, permettez-moi de vous dire quelques mots sur l'origine de cette loi.

Quand le décret du 18 août 1792 eût supprimé toutes les corporations, les écoles de médecine, organisées sur le modèle des congrégations civiles, disparurent. Heureusement la loi de prairial an III vint bientôt rétablir l'enseignement médical, confié avant la Révolution à dix-huit Facultés de médecine ; elles furent remplacées par les trois écoles de santé de Paris, de Montpellier et de Strasbourg, qui ont jeté un si grand éclat sur la médecine française.

On voulut aussi essayer à cette époque du libre exercice de la médecine. On fit alors une expérience que nul, je crois, n'est disposé à tenter de nouveau. Elle donna les résultats les plus malheureux. On vit apparaître, en effet, un nombre considérable de gens qui, dépourvus d'instruction et d'honnêteté, n'ayant pour tout bagage thérapeutique que quelques formules empruntées aux bonnes femmes, s'érigèrent en médecins, distribuant leurs panacées à tort et à travers, abusant de l'ignorance et de la crédulité des paysans.

Voilà quels furent les résultats du libre exercice de la médecine. Que si quelqu'un faisait observer qu'il y a en Europe une nation dans laquelle l'exercice de la médecine est encore libre, il me serait facile de lui montrer qu'il existe en Angleterre, c'est d'elle qu'il s'agit, une tendance à la réglementation de l'exercice de la médecine, que cette disposition est même manifeste aux Etats-Unis.

La loi de l'an XI a donc rendu un très grand service, car elle est intervenue précisément au moment où, après le mal causé par le libre exercice, les garanties de savoir et de moralité étaient devenues nécessaires. J'ajoute qu'on était alors dans des conditions telles qu'il fallait autant que possible avoir un personnel médical nombreux qu'on pût envoyer non seulement à la campagne, mais encore dans les armées.

Vous vous rappelez, messieurs, dans quelle situation se trouvait la France à cette époque. L'Europe était coalisée contre elle : il fallait faire face à toutes les armées qui se précipitaient sur nous. Il fallait absolument avoir sur les champs de bataille, dans les hôpitaux militaires, un personnel médical considérable, ayant reçu au moins une instruction suffisante pour donner les premiers soins. La loi de l'an XI créa une nouvelle catégorie de praticiens, les officiers de santé. Ce nom même vous rappelle la circonstance dans laquelle ce grade prit naissance et surtout les attributions qui y furent attachées.

Quant à ceux qui devaient aller à la campagne, mon honorable collègue nous a rappelé tout à l'heure à quel rôle ils devaient être réduits : ils ne devaient soigner que les maladies de peu d'importance, distribuer les premiers soins ; sitôt que la maladie prendrait de la gravité, ils devaient appeler le docteur de la localité voisine, sous la vigilance duquel ils étaient placés.

Or, souvent les premiers soins ne peuvent arrêter la maladie qui s'aggrave, si un médecin expert n'y porte remède.

Les docteurs crurent d'abord devoir abandonner la médecine rurale aux soins de leurs nouveaux confrères et se portèrent vers les villes.

Plus tard, pour des causes que je ne peux pas déterminer à l'heure actuelle, ils reparurent dans les bourgs, et aujourd'hui encore, ils se montrent plus fidèles à leur clientèle rurale que les officiers de santé. Ce fut le tour de ces derniers de chercher à se créer des clientèles dans les villes les plus importantes de leur département, où la complaisance de leurs clients les gratifiait généreusement du titre de docteur. Le mot « docteur » était devenu synonyme du mot médecin. Il suffisait qu'on appelât le médecin pour qu'en le recevant dans les familles on lui décernât le titre de docteur qui les flattait. Le titre d'officier de santé, ils n'osent plus le porter aujourd'hui, tant on l'a déconsidéré par les conditions restrictives et humiliantes de l'exercice de leur profession. Ils ne peuvent exercer que dans le département pour lequel ils ont été nommés ; les grandes opérations leur sont interdites ; ils ne peuvent faire aucun service hospitalier. Ces dispositions sont injustement maintenues encore à l'heure actuelle contre des hommes munis d'une instruction médicale solide et de beaucoup supérieure à celle de leurs aînés.

Par suite de l'intervention de nombreux décrets, l'officiat de santé a été rapproché à un tel point du doctorat que le moment nous paraît venu de réaliser la si désirable unité du titre.

Cette unité de diplôme a été constamment poursuivie. Quand Fourcroy, rapporteur de la loi de l'an XI, se vit dans la nécessité de proposer la création de l'officiat de santé, il prit soin de déclarer que, selon lui, c'était là une mesure absolument transitoire et qu'on ne devait pas perdre de vue le but qu'il fallait atteindre, l'unité du diplôme.

(*A suivre*).

REPORTAGE MÉDICAL

Revision de la législation médicale ; de celle sur les aliénés ; réformes à introduire dans l'enseignement de la clinique aux étudiants par la faculté, ou par une école municipale ; revision de la loi sur l'exercice de la pharmacie... etc. Telles sont les matières sur lesquelles la presse médicale est appelée à discuter ; on voit que les sujets ne lui font pas défaut. Nous tâcherons de les aborder successivement.

— La Cour d'appel de Paris vient de confirmer un jugement du tribunal de commerce, de Paris également, qui établit le droit qu'ont les médecins de refuser d'indiquer la cause de la mort d'un de leurs malades assurés sur la vie, qui touchera, quand même, le montant de la prime.

— L'Académie a déclaré, par l'organe de son rapporteur M. Bouchardat, que le pharmacien seul devait vendre les eaux minérales purgatives arsénicales et sulfureuses. Pourquoi cette décision ? L'eau arsenicale vendue par le pharmacien qui ne peut la contrôler, coûtera plus cher ; il est vrai qu'il pourra mettre le client en garde contre l'abus, un abus bien rare. A plus forte raison en est-il ainsi des eaux purgatives et sulfureuses.

— La campagne menée par le *Progrès médical*, pour obtenir l'admission des femmes au titre de pharmacien, a été couronnée de succès, puisque, à la Chambre leur droit a été consacré. Il y a déjà longtemps que nous avons dit les raisons qui militaient en faveur de l'accès de la femme à ce diplôme, de préférence à celui de docteur en médecine.

— Désormais après la 16e inscription, les étudiants seront soumis à un stage obstétrical.

— Un nouveau médecin sénateur : M. le Dr Guinday, pour le département de l'Eure.

FORMULAIRE DU CONCOURS MÉDICAL

Pommade contre les érythèmes prurigineux.

Acide salicylique......	1	gramme.
Oxyde de zinc.........	2	—
Glycérolé d'amidon....	30	—

P. L. G.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de deux membres du Concours médical :

MM. les Drs Thévenot, à Menton (A. M.);
Legoux, à Albert (Somme).

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

MM. les Drs Lorrain, de Nogent-sur-Marne, présenté par MM. les Drs Grellety et Boyer ;

Doré, de Paris, présenté par MM. les Drs Grellety et Boyer ;

Bourdon, d'Etrépagny, membre du Syndicat du Vexin.

BIBLIOGRAPHIE

Maladies et médicaments à la mode, par le Dr Degoix, rédacteur en chef du *Petit médecin des familles et de l'hygiène pratique*, etc., 1 vol. in-18° de 176 pages. Prix : 2 fr. Librairie *J.-B. Baillière et fils*.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine :

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'École de Médecine

4, rue Antoine-Dubois, 4

I. — *Guide pratique des sciences médicales*, année 1891, publié sous la direction de M. le Dr Letulle, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. Paris, *Société d'Edition scientifique*.
Encyclopédie de poche pour le praticien.

L'ouvrage in-18 de 1.500 pages, richement cartonné, tranches rouges, sera envoyé *franco* par retour du courrier (notre éditeur est maintenant en mesure) à tout médecin qui en fera la demande accompagnée d'un mandat poste de 9 fr. 60, le prix marqué étant 12 fr.

Réunir dans le plus petit volume possible l'ensemble des connaissances nécessaires à un médecin, donner les dimensions d'un livre ordinaire à l'encyclopédie des sciences médicales, tel a été le but poursuivi et atteint. Le guide pratique remplace tous les aide-mémoires et a sur ceux-ci le mérite d'avoir été rédigé par des maîtres.

II. — *Guide pratique pour le choix des lunettes*, par le Dr A. Trousseau, médecin de la Clinique Nationale des Quinze-Vingts. In-18 raisin de 80 pages environ. — Prix : 1 fr. 50 *franco*.

Nous ne pouvions mieux expliquer quel est ce livre qu'en en reproduisant la préface :

Qu'avaient jusqu'ici à leur disposition les étudiants et les médecins désireux d'apprendre à corriger les troubles si variés de la réfraction ? De volumineux traités, d'où les notions pratiques ensevelis sous un monceau de considérations et de formules scientifiques ne pouvaient être extraites qu'après de laborieux efforts, ou des ouvrages plus clairs excellents pour les spécialistes mais encore trop savants pour le débutant ou pour le praticien. J'ai pensé qu'un très petit livre, mettant à la portée de tous les notions indispensables pour choisir avec sécurité les verre de lunettes, aurait de grandes chances d'être favorablement accueilli, d'où l'éclosion de ce manuel. J'en ai banni toute considération théorique ; j'y ai maintenu les seuls renseignements nécessaires à l'étude des anomalies de réfraction et au choix correct des verres. Présenté comme un traité de réfraction il eût pu être déclaré incomplet et prétentieux. Ses allures modestes, son caractère d'utilité *pratique* lui concilieront peut-être quelque sympathie.

A. Trousseau.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Treizième année N° 15 11 Avril 1891

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Séance du Conseil de direction et de l'Union des Syndicats du 6 avril 1891.

Après délibération, les deux Sociétés ont décidé d'ouvrir une souscription dont le produit serait destiné à témoigner la gratitude du corps médical à M. le Dr Chevandier et aux membres de la commission parlementaire qui ont soutenu et fait approuver par la Chambre des députés le projet de loi sur la revision de la législation médicale.

Se sont inscrits :

1° La Société civile du Concours médical ;
2° L'Union des Syndicats ;
3° M. Cézilly, directeur du Concours médical et vice-président de l'Union des Syndicats ;
4° M. Mignen, président de l'Union des Syndicats ;
5° MM. Gibert, Maurat et Gassot, membres du Conseil de direction du Concours médical ;
6° MM. Gauthier, Lécuyer, Ladmiral, membres du Bureau de l'Union des Syndicats ;
7° M. Courgey d'Ivry, Seine ;
8° M. Boyron des Hautes-Rivières.

Total de la 1re liste........ 298 fr.

Le Conseil de Direction et le bureau de l'Union invitent les membres du Concours médical, les membres des Syndicats et les Syndicats en tant qu'associations, à se joindre aux premiers souscripteurs pour affirmer les sentiments qui les unissent pour rendre hommage aux services rendus par les hommes dévoués aux intérêts du corps médical. Les souscriptions doivent être adressées au bureau du Concours Médical, 23, rue de Dunkerque.

Les noms des souscripteurs seront publiés sans être accompagnés du montant ; on fera seulement connaître le total.

Lettre de M. Chevandier, député.

Paris, le 29 mars 1891.

Mon cher Confrère,

J'ai lu, non sans émotion, la résolution prise par le Conseil de Direction de la Société civile du Concours médical et par le bureau de l'Union des Syndicats : qu'un souvenir me sera offert sous la forme d'un objet d'art, et que ce souvenir me sera remis dans un banquet auquel je serai convié avec tous les membres de la commission parlementaire.

Je ne sais comment vous exprimer ma confusion et ma reconnaissance pour un si haut témoignage de sympathie.

Que ne vous dois-je pas moi-même ? C'est le *Concours* qui a organisé la première commission extraparlementaire où le projet de revision de la loi du 19 ventose an XI prit naissance ; c'est là, qu'ensemble, nous étudiâmes la proposition rapportée par notre confrère M. Geoffroy.

C'est dans son remarquable travail que j'ai trouvé les motifs à l'appui de ma première proposition soumise à la Chambre des Députés en 1883.

C'est à vos encouragements comme à l'appui des membres des trois commissions parlementaires, chargées de l'examen de notre proposition, que j'ai dû la ferme résolution d'aboutir et le vote tardif, mais favorable, de la Chambre.

Voyez combien mon mérite personnel est au-dessous de vos trop bienveillantes résolutions.

De là mon embarras pour remercier mes confrères du Concours et du bureau de l'Union des Syndicats.

Veuillez, je vous prie, mon cher président, vous charger de ce soin, et agréer la nouvelle assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr CHEVANDIER.

Association générale des Médecins de France.

Séance du 5 avril 1891.

Un fait caractéristique vient de se produire dans la séance de dimanche. Plusieurs membres délégués des Sociétés de province ont eu l'heureuse idée de protester contre la routine habituelle qui régne dans les votes du renouvellement annuel des membres du bureau de l'Association générale et contre le peu de places laissées dans le Conseil d'administration aux représentants de la province.

A cet effet, ils ont, au moment du scrutin, fait distribuer une liste qui, sans avoir été appuyée d'aucune proposition, a réuni près du tiers des suffrages exprimés.

M. *Henri Roger* a été réélu pour la 4e fois, à l'unanimité des suffrages exprimés, président général de l'Association pour cinq années.

La maladie l'a empêché de présider l'Assemblée générale de 1891 et la solennité s'en est forcément ressentie. Nous faisons des vœux sincères pour le prompt et entier rétablissement d'un président tel que lui.

Séance du lundi.

Cette seconde séance ne nous a pas donné moins de satisfaction que la précédente.

La question importante qui nous intéressait tous et qui du reste a occupé la plus grande partie de la séance a été la création de l'*indemnité en cas de maladie.*

Nous avons pu constater avec plaisir que le bureau lui-même semblait avoir des dispositions plus favorables et l'assemblée, d'ailleurs, a accueilli avec une vive sympathie les trois discours de MM. G. Lagoguey, Hameau et Lande.

M. Lagoguey, autorisé par la prospérité de la Société qu'il dirige, a obtenu un véritable succès dans l'exposition des motifs qui militent en faveur de l'adjonction de l'indemnité de maladie aux autres œuvres de l'Association.

Il a lumineusement démontré, contrairement à l'avis du conseil judiciaire, que rien ne s'opposait présentement, en ce qui concerne les lois régissant les sociétés de secours mutuels, à cette adjonction.

M. le Dr Hameau n'a pas eu moins de succès en combattant, cette fois-ci, le bon combat; nous lui en adressons toutes nos félicitations.

Quant à M. le Dr Lande, persistant dans la ligne de conduite dont il n'a jamais dévié, il a soutenu et défendu avec son talent habituel d'exposition les questions qui nous tiennent particulièrement à cœur. Il a, en termes précis, rappelé à l'Association son refus d'organiser la *caisse des pensions de retraite du corps médical français.*

En lui annonçant les résultats obtenus, il lui a fait toucher du doigt son erreur et l'a adjurée de ne pas commettre la même faute pour l'indemnité en cas de maladie.

La question reste à l'étude et le bureau, par l'organe de M. le Dr Brouardel, notre sympathique doyen, s'est formellement engagé à étudier sérieusement la question et à faire près des pouvoirs publics les démarches nécessaires pour arriver à une bonne solution.

En somme, toutes les bonnes volontés conspirent pour assurer la réalisation de nos désirs, nous espérons que l'année 1891 ne se passera pas sans amener le triomphe des opinions que le *Concours médical* n'a jamais cessé un instant de soutenir.

LA SEMAINE MÉDICALE

Ve Congrès français de chirurgie.

La cinquième session du Congrès de chirurgie s'est ouverte, le lundi de Pâques, sous la présidence de M. le professeur Guyon, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Le bureau était composé de MM. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur; Peyron, directeur de l'Assistance publique de Paris; Demons, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, vice-président du Congrès; Verneuil, Bouchard, Chauveau, de l'Institut; Rochard, de l'Académie de médecine; et Brouardel, doyen de la Faculté.

Dans l'assistance, on remarquait MM. les professeurs Duplay, Lannelongue, Panas, Le Dentu; Spencer Wells, Brodhurst, Lawson Tait (d'Angleterre); Thiriar (de Bruxelles); Dujardin-Beaumetz, directeur du service de santé; Ehrmann (de Mulhouse); Eug. et J. Bœckel (de Strasbourg); Tripier, Poncet (de Lyon); Gross, Heydenreich (de Nancy); Duplouy et Fontorbe (de Rochefort); Auffret (de Brest).

M. Guyon a prononcé un discours fort applaudi.

Quel est le meilleur lavement nutritif ? (1)

On est très sceptique, et à bon droit, à l'égard des lavements nutritifs. En effet, les ingrédients dont ils se composent habituellement sont ou dépourvus de toute valeur nutritive (bouillon), ou bien ils ne sont absorbés et assimilés que peu ou point (lait).

Pour remédier à cet état de choses, Leube a introduit dans la thérapeutique, en 1872, des lavements nutritifs composés de pulpe de viande et de pancréas; plus tard, Ewald a proposé pour l'alimentation rectale les peptones de viande et de caséine. Bien que des expériences physiologiques et cliniques probantes aient démontré que la pulpe de viande pancréatinisée et les peptones sont, en partie du moins, absorbées par la muqueuse du rectum et permettent ainsi une véritable alimentation rectale, l'usage des lavements de Leube et d'Ewald ne s'est pas généralisé. Il n'en pouvait être autrement, parce que cette méthode est très compliquée et d'une application difficile.

La recherche d'un lavement nutritif plus simple et en même temps efficace est donc toujours à l'ordre du jour. Ewald le comprenait bien lorsque, après avoir fait des essais avec les peptones, il entreprit encore des expériences avec les lavements d'œufs non peptonisés, expériences qui lui donnèrent ce résultat assez inattendu que, même n'étant pas peptonisés, les œufs sont en partie absorbés par la muqueuse rectale.

Un confrère suisse, M. le docteur *Huber*, ayant repris dernièrement ces recherches d'Ewald, à la clinique médicale de M. le professeur Eichhorst, à Zurich, a trouvé que l'absorption des œufs par

(1) *Mercredi médical.*

la muqueuse rectale était très considérablement accrue, au point de devenir presque égale à celle des œufs peptonisés, par l'adjonction au lavement de 1 gramme de chlorure de sodium par œuf. L'adjonction de sel de cuisine à la dose indiquée est bien supportée et ne produit généralement aucune irritation de l'intestin.

Il paraît donc acquis que, pour le moment du moins, le meilleur lavement nutritif est celui qui est composé uniquement d'œufs crus battus avec du sel de cuisine.

M. Huber conseille de prendre pour un lavement deux ou trois œufs, additionnés de 2 à 3 grammes de sel. On injecte lentement au moyen d'un entonnoir de Hegar et d'un tube en caoutchouc mou introduit dans l'intestin aussi haut que possible.

Le malade reçoit trois lavements pareils par jour. Une heure avant chaque lavement nutritif, on lui administre un lavement évacuateur composé simplement d'eau.

Traitement des ictères graves par l'essence de térébenthine à hautes doses.

M. le docteur *J. Carreau* (de la Pointe-à-Pitre) a employé avec succès l'essence de térébenthine à hautes doses dans le traitement des ictères graves. D'après notre confrère, l'essence de térébenthine, en raison de ses propriétés diurétiques et hémostatiques, est indiquée également dans les différents genres d'ictère grave (ictère infectieux, fièvre bilieuse hémoglobinurique, fièvre jaune) qui tous présentent, comme symptômes communs, de l'anurie et des hémorrhagies.

M. Carreau administre l'essence de térébenthine énergiquement. Dans les cas graves il en fait prendre deux à trois perles toutes les demi-heures et jusqu'à 60 capsules dans les premières trente-six heures. Lorsque, par suite de vomissements, les malades ne peuvent pas garder les perles, il administre l'essence hypodermiquement d'après la formule suivante :

Essence de térébenthine ozonisée.	10 grammes.
Vaseline liquide.................	50 —

Mêlez. Pour injections sous-cutanées.

Notre confrère relate quatre observations dans lesquelles ce traitement a été couronné d'un succès inespéré, vu la gravité des cas.

La première a trait à une femme atteinte d'ictère grave ; elle était dans un coma profond et présentait des convulsions urémiques, lorsque fut appelé M. Carreau qui institua immédiatement le traitement térébenthiné, d'abord à la dose de trois perles toutes les demi-heures dans les premières heures, et de deux perles ensuite. La malade prit dans le courant de trente-six heures deux flacons de perles d'essence. A partir du moment où l'odeur de violette apparut dans les urines, l'albuminurie commença à diminuer, le coma fit place à une simple somnolence, et quelques jours après la convalescence s'établissait.

Chez un deuxième malade atteint de fièvre jaune avec vomissements incoercibles, notre confrère a pratiqué, en l'espace de trente-six heures, vingt-trois injections hypodermiques d'essence de térébenthine. Les symptômes se sont assez rapidement amendés et le malade a guéri; mais après avoir présenté deux abcès à la cuisse et au mollet gauches.

M. Carreau a encore employé avec le même succès les injections d'essence de térébenthine chez un autre malade, atteint de fièvre à urines noires très grave.

Dans la quatrième observation il s'agissait d'une fièvre bilieuse hémoglobinurique. L'administration d'une perle d'essence de térébenthine toutes les heures, puis toutes les demi-heures, étant restée sans effet, on fit prendre trois perles toutes les demi-heures, après quoi les symptômes s'amendèrent rapidement. Ce fait montre bien que, pour obtenir le résultat voulu, il faut administrer l'essence de térébenthine à hautes doses dans les ictères infectieux.

Un traitement de la fièvre typhoïde.

Ayant eu à soigner, en l'espace de deux ans et demi, près de 700 cas de fièvre typhoïde, un confrère russe, M. le docteur *A. Smakovsky*, a eu l'occasion d'essayer tous les traitements possibles de la maladie. Il a trouvé que le meilleur traitement entre tous, à la fois le plus efficace et le plus simple, consiste dans l'administration du *calomel à doses fractionnées*, suivant la méthode de M. le professeur Zacharine (de Moscou).

On prescrit :

Calomel à la vapeur..........	0 gr. 05 centigr.
Sucre........................	0 25

Mêlez. — Pour un paquet; faire dix paquets semblables. — Prendre un paquet d'heure en heure jusqu'à évacuation copieuse de selles molles verdâtres.

Le malade se gargarisera avec une solution de chlorate de potasse, afin de prévenir la stomatite mercurielle.

Dans les cas où existent déjà des symptômes de faiblesse du cœur, on fait prendre au malade, avant de lui administrer le calomel, une infusion de digitale (0 gr. 30 à 0 gr. 60 pour 200 grammes d'eau).

Institué au cours du premier septénaire de la fièvre typhoïde, ce traitement peut, dit l'inventeur, faire avorter la maladie, même dans les cas où elle revêt une forme grave. Lorsque ce résultat n'est pas obtenu, le calomel exerce quand même une action des plus favorables en ce sens qu'il abrège la durée de la maladie, lui fait prendre une forme bénigne et écarte les complications.

Une première administration de calomel peut, après un jour d'intervalle, être suivie d'une seconde toute pareille. L'action abortive du médicament se produit parfois seulement après cette deuxième administration.

Dans l'intervalle de deux traitements par le calomel, et pendant tout le cours ultérieur de la maladie, lorsqu'on ne réussit pas à la juguler par le calomel, notre confrère russe fait prendre les cachets suivants :

Sous-nitrate de bismuth.....	0 gr. 15 centigr.
Naphtaline pur..............	0 — 025 milligr.
Sulfate de quinine..........	0 — 10 centigr.

Mêlez. Pour un cachet; faire douze cachets semblables. — Prendre quatre cachets par jour.

Contre la toux, M. Smakovsky prescrit :

Liqueur ammonicale anisée.......	4 grammes.
Alcoolature d'eucalyptus.........	30 —
Essence de menthe poivrée........	X gouttes.

Mêlez. — A prendre dix gouttes toutes les deux heures.

Ces gouttes ont encore pour effet de désinfecter la cavité buccale.

Notre confrère russe est convaincu que la mortalité de la fièvre typhoïde doit être nulle pour tous les cas où le traitement est commencé avant le dixième jour de la maladie, à moins qu'il ne s'agisse de sujets très vieux, par trop affaiblis ou qui ont été atteints de fièvre typhoïde dans le cours d'une autre affection grave quelconque.

M. Smakovsky a réuni jusqu'à présent quatorze observations dans lesquelles une fièvre typhoïde dûment constatée a été *coupée* par le calomel. Une d'elles lui a paru particulièrement concluante et mérite d'être relatée brièvement :

Une jeune fille de dix-huit ans, dont le frère était atteint de fièvre typhoïde depuis quatre semaines présentait depuis quatre jours les symptômes de cette même maladie : langue caractéristique, céphalalgie violente, température de 40°3, pouls à 132, délire, état soporeux, bronchite, tuméfaction de la rate, taches rosées lenticulaires. Au cinquième jour, on administre le calomel de la façon dont il a été dit précédemment. Le lendemain (sixième jour) : température, 38°6 ; état général considérablement amélioré ; la malade prend les paquets de naphtaline. Au septième jour : température 39°8, état soporeux ; on donne de nouveau le calomel. Le lendemain : température, 37°6 ; état général excellent ; la malade quitte le lit. Après quelques jours, se sentant tout à fait bien portante, elle abandonne tout traitement et ne suit plus le régime prescrit.

Au bout d'un mois, la malade est de nouveau prise de fièvre typhoïde à forme grave. Cette fois aussi le traitement par le calomel, commencé au cinquième jour, a fait avorter la maladie. La malade prit pendant trois jours des paquets de naphtaline. La guérison fut complète et définitive.

M. Smakovsky engage vivement tous ses confrères à traiter la fièvre typhoïde par le calomel, administré suivant la méthode du professeur Zacharine, et il pense que ce traitement doit aussi se montrer efficace dans le typhus pétéchial et dans la fièvre récurrente.

Nous ferons remarquer que l'administration du calomel au début de la fièvre typhoïde pour la faire avorter et celle de la naphthaline, du bismuth, de la quinine, pour prévenir les complications, constituent les bases du traitement que M. Bouchard a préconisé en France depuis quelque huit ans et que nous avons exposé dans ce journal il y a 6 ans.

La rose de Provins comme médicament antidiarrhéique.

Un autre confrère russe, M. le docteur *Alexéiévsky* a réussi à guérir plusieurs cas de diarrhée chronique simple (suite d'indigestion et de catarrhe intestinal), rebelles à tous les autres médicaments, par l'administration d'une infusion de pétales de roses de Provins.

Dans un verre d'eau chaude on jette une bonne pincée de pétales secs de roses de Provins ; on couvre le mélange et on le laisse pendant deux heures dans un endroit chaud. On fait prendre aux adultes deux à trois verres de cette infusion par jour ; aux enfants qui n'ont pas dépassé l'âge de cinq ans on en donne seulement, par jour, un verre ou une tasse qu'ils prennent en plusieurs fois. On peut édulcorer l'infusion, mais généralement les malades préfèrent la prendre telle qu'elle.

L'infusion de pétales de roses agit dans la diarrhée chronique à la fois comme astringent et comme antiputride : la première action est due au tannin, la seconde à l'essence aromatique.

D'après l'auteur, la rose de Provins doit être placée parmi nos meilleurs médicaments antidiarrhéiques et mérite d'être fréquemment employée, surtout dans la pratique infantile.

Traitement de l'érysipèle par les onctions de glycérolé au salicylate de soude.

M. le docteur S. C. *Inglessis* (d'Argostoli) fait pratiquer sur les parties atteintes d'érysipèle, des onctions avec une solution de salicylate de soude dans la glycérine ; la proportion de salicylate dissous est généralement de 4 à 6 %. On répète ces onctions toutes les deux ou trois heures et on recouvre ensuite les parties atteintes avec une couche d'ouate salicylée.

En même temps, s'il n'y a ni faiblesse du cœur ni une quantité notable d'albumine dans les urines, on prescrit du salicylate de soude à l'intérieur à la dose de 2 grammes dans les vingt-quatre heures.

Les onctions salicyliques ont toujours fait disparaître immédiatement ou diminué très sensiblement les démangeaisons et la douleur ; en outre, la durée de la maladie a été réellement abrégée. Pratiquées dès le début de l'érysipèle, elles ont pu assez souvent en entraver le développement ultérieur.

M. Hallopeau a préconisé depuis longtemps les applications de salicylate de soude sur l'érysipèle.

MÉDECINE PRATIQUE

Les traitements du rhumatisme articulaire chronique.

(*Rhumatisme déformant progressif ; polyarthrite déformante ; rhumatisme noueux*).

J'ai abordé, il y a huit années, dans ce journal la question du rhumatisme noueux, envisagé surtout alors chez les enfants ; à cette époque j'ai passé un peu vite sur le traitement de cette affection si décourageante pour le praticien. J'y reviens aujourd'hui, sur la demande d'un de nos lecteurs, d'autant plus volontiers que j'ai eu plus d'une occasion d'essayer les divers traitements dont je vais parler sous la direction des maîtres de la thérapeutique contemporaine. J'ai pu, hélas ! constater que les plus illustres sont aussi impuissants devant certaines formes de rhumatisme déformant progressif que le plus humble d'entre nous. J'ai cependant pu faire, par l'application raisonnée et successive de toutes les méthodes connues, une sélection dont je désire faire bénéficier ceux de nos confrères qui n'ont qu'exceptionnellement à soigner cette affection.

I

En premier lieu, il est indispensable d'instituer une *hygiène* excellente. Pour soustraire les sujets à l'influence du froid humide, il faudra quel-

quefois les faire changer de pays ou de climat, ou simplement d'habitation, en tout cas, les habiller chaudement. Ils devront n'avoir que des étoffes de laine en contact avec la peau, et coucher dans des draps de flanelle.

Il faudra élever le taux de leur vitalité dans la forme torpide par des frictions sèches, alcooliques et térébenthinées sur la peau, par une alimentation reconstituante, chez certains sujets à bon estomac par l'huile de foie de morue, par l'iodure de fer chez les individus anémiques encore jeunes.

Dans les poussées douloureuses *aiguës ou subaiguës*, on a obtenu quelquefois quelque sédation par le salicylate de soude ; mais le plus habituellement, il n'y a guère à y compter. L'antipyrine rend plus de services ; le salol aussi. M. J. Simon a vanté pour les enfants la teinture de colchique, à la dose de 4 à 10 gouttes par jour, en deux fois. Ce médicament sera donné pendant 15 jours de suite, à doses croissantes, puis décroissantes, et devra être repris tous les mois pendant 15 jours de suite, jusqu'à ce que les douleurs aiguës aient disparu depuis longtemps.

Comme calmants des douleurs, le chloral, la phénacétine, ne m'ont pas donné grands résultats. M. Desnos vantait récemment l'hexalgine ; j'ai vu tout échouer dans les cas vraiment graves, sauf les opiacés.

M. Charcot déclarait déjà, il y a 25 ans, que, dans les cas où il y a des phénomènes d'acuité, on devra prescrire l'opium ; il conseillait aussi le sulfate de quinine. Le traitement auquel il accordait alors le plus de confiance, d'après son expérience personnelle, était l'emploi des *alcalins à haute dose*, combiné à la quinine. Il a souvent prescrit de 30 à 40 grammes de carbonate de soude par jour, pendant plusieurs semaines, avec des résultats avantageux; il n'a jamais vu se produire les symptômes d'une « dissolution du sang » ; cette fameuse cachexie alcaline dont la crainte paraît avoir hanté certains médecins d'une autre génération et dont on n'a guère plus vu d'exemples. Les malades ainsi soumis à la médication alcaline intensive ont souvent paru à M. Charcot avoir de la tendance à engraisser et ils ont éprouvé au moins un certain soulagement pendant les exacerbations fébriles de la maladie.

En dehors des phases d'acuité et de subacuité, comme médication prétendant à modifier profondément la nutrition et à guérir, nous nous trouvons en présence de deux : la médication *iodique* et la médication *arsenicale*.

L'iode a été employé surtout sous la forme *d'iodures alcalins*, d'iodure de potassium surtout, de sodium plus récemment, d'iodure de calcium (Trastour), d'iodure de lithium. Voici diverses formules à utiliser alternativement :

Iode	1	gram.
Iodure de potassium	10	—
Eau distillée	300	—

—

Iodure de calcium	10	gram.
Eau de chaux médicinale	50	—
Eau distillée	250	—

—

Iodure de sodium	10	gram.
Iode	0.05	
Sirop de gentiane	250	—

—

Iodure de lithium	15	gram.
Sirop de quinquina	200	—
Vin de Grenache	q. s. pour 1 litre.	

Une mention particulière sera faite plus bas pour la teinture d'iode qui a été proposée par Lasègue, et Trousseau surtout.

L'arsenic a été employé par les médecins de tous pays. Il a produit quelquefois une amélioration notable, d'autres fois il a échoué complètement. M. Charcot le croit sans effet ou même nuisible dans les cas très invétérés de rhumatisme noueux et lorsque la maladie s'est déclarée dans un âge avancé. « L'un des premiers effets de l'emploi du médicament, dit-il, est souvent de réveiller les douleurs et de les exaspérer dans les jointures habituellement et plus profondément affectées. Quelquefois même la rougeur et le gonflement se manifestent là où ils n'existaient pas, et l'on peut être obligé de suspendre momentanément le traitement. Mais en général la tolérance s'établit au bout de quelques jours et l'on peut alors progressivement élever la dose. Il est avantageux d'administrer l'arsenic sous forme de liqueur de Fowler à la dose de deux à six gouttes, et suivant la méthode anglaise, c'est-à-dire peu de temps après les repas. »

M. Charcot a employé la *teinture ammoniacale de gaïac* avec des résultats analogues à ceux de l'arsenic ; d'abord exaspération des accidents locaux, puis amélioration notable.

II

L'arsenic a été aussi recommandé, sous forme de *bains arsenicaux*, par M. G. de Mussy. Au point de vue de leur emploi, cet excellent clinicien distingue les cas dans lesquels la maladie est franchement chronique d'emblée ou devenue telle après effacement complet des caractères d'acuité du début, les phénomènes réactionnels nuls ou peu accentués, et l'excitabilité nerveuse modérée. Dans ce cas G. de Mussy faisait dissoudre dans chaque bain 100 à 150 gr. de sous-carbonate de soude, 1 à 8 gr. d'arséniate de soude. En même temps il prescrivait à l'intérieur en potion ou en pilules 50 centigrammes à 1 gr. d'extrait de quinquina et 25 à 75 cent. d'iodure de potassium, médication interne administrée en plusieurs doses avant les repas et gouvernée de manière à ne pas fatiguer les organes digestifs.

L'association de l'arséniate et du carbonate sodique paraissant à l'auteur plus puissamment résolutive, mais beaucoup plus excitante que l'arséniate seul, c'est à celui-ci qu'il avait recours dans les cas où le rhumatisme est subaigu par sa forme, chronique par sa durée, avec une excitabilité nerveuse excessive retentissant sur l'appareil circulatoire, ou bien encore dans les cas où la maladie est constituée par une série de paroxysmes, de bouffées fluxionnaires qui s'éteignent pour renaître et se succèdent les unes aux autres. Alors on met dans chaque bain 2 à 10 grammes d'arséniate de soude seul, en y ajoutant quelquefois 250 gr. de gélatine. Toutefois on peut, même dans ces cas, ajouter une quantité variable de sous-carbonate de soude en la proportionnant à l'excitabilité du sujet. Chez les sujets très débilités on peut ajouter du chlorure de sodium ou associer l'arséniate de soude au polysulfure de sodium.

Les bains doivent être pris tièdes, entre 33 et

36 degrés centigrades, et la température doit être gouvernée de manière à ce que les malades s'y trouvent agréablement pendant toute la durée, qui est de trois quarts d'heure à une heure et demie. Après chaque bain le malade doit garder le lit pendant une heure ou deux afin de ne pas troubler par le moindre refroidissement le mouvement fluxionnaire périphérique, l'hypercrinie cutanée qu'amène souvent le bain. Au début du traitement on donne un bain tous les deux jours ; s'ils sont bien supportés, on en donne deux, trois, quatre de suite, en ménageant les repos de temps en temps afin de laisser la stimulation qu'ils déterminent se modérer et se régulariser pour accomplir son effet consécutif, c'est-à-dire ramener à leur type normal les mouvements organiques qui en sont déviés.

Quand les bains exaspèrent momentanément les douleurs, on peut donner à l'intérieur la *poudre de semence de ciguë* en pilules de 5 à 10 centigrammes associée, en cas d'insomnie, à quelque préparation opiacée (poudre de Dower, masse de cynoglosse).

D'après Guéneau de Mussy, les effets des bains arsenicaux sont, les uns immédiats, les autres plus tardifs. La plupart des malades éprouvent, pendant le bain, de légers picotements de la peau, avec un sentiment de mieux-être, de souplesse dans les articulations et d'énergie musculaire, qu'ils conservent pendant quelque temps après être sortis du bain. Quand ils sont replacés dans leur lit, leur peau devient le siège d'une chaleur diffuse, de prurit et souvent de moiteur. Comme la fonction sudorifique, la fonction rénale est généralement augmentée.

Après ces premiers effets il n'est pas rare que les malades accusent une exacerbation des douleurs, accompagnée quelquefois de craquements dans les articulations malades. Outre les calmants à l'intérieur, on peut alors prescrire, en applications topiques, un liniment renfermant pour 100 gr. de véhicule des extraits de belladone, de ciguë, de jusquiame, thébaïque (de chaque, 3 grammes). Il faut rassurer le malade sur cette exagération passagère de ses souffrances et lui faire entrevoir qu'elle annonce un travail réparateur favorable. Quand les malades, sans éprouver de douleurs vives, sont tourmentés par une agitation, des inquiétudes dans les membres, une sensation de chaleur et de prurit trop accusée, on emploie l'arséniate de soude seul, comme il a été dit plus haut, ou on espace les bains.

Comme incident à signaler chez certains malades, M. G. de Mussy cite une éruption érythémateuse très prurigineuse, parfois limitée aux articulations du genou et du coude dans le sens de l'extension ; quelquefois de la diarrhée après les premiers bains, beaucoup plus rarement des vomissements.

Quant au bénéfice local obtenu il serait le suivant, d'après le même auteur. « Souvent, après un petit nombre de bains, la tuméfaction a diminué, la souplesse remplace la rigidité des articulations. Quand les désordres du squelette ne sont pas trop considérables, les membres déviés reprennent peu à peu leur direction normale. La déformation ne disparaît pas complètement, mais elle diminue, et surtout elle cesse de mettre obstacle à l'action des membres. Il est probable que ce travail réparateur agit efficacement sur les lésions osseuses les plus récentes et sur les dépôts morbides développés dans les parties molles. En même temps les muscles qui s'étaient atrophiés par défaut d'exercice semblent se développer ; les espaces intercostaux sont moins déprimés.

Dès que la maladie est enrayée, quand la fluxion articulaire a diminué, le *massage*, des exercices gymnastiques rythmés et répétés plusieurs fois chaque jour, principalement dans le bain, contribuent puissamment à hâter le retour des membres à leur direction normale et le rétablissement de leurs fonctions. Les premières fois, ces manœuvres sont douloureuses et accompagnées de craquements qui ne dépendent pas seulement du frottement des surfaces articulaires altérées, mais de la rupture des brides qui s'opposent à leur mouvement. Il faut y procéder avec une grande prudence, graduer l'étendue et la durée de ces mouvements, ne rompre chaque jour qu'un petit nombre de ces adhérences morbides, sous peine de s'exposer à des accidents inflammatoires.

Dans quelques cas la modification est aussi rapide que profonde. Une malade impotente depuis sept ans a pu marcher, se servir de ses membres après une vingtaine de bains, et un an après, bien qu'elle exerçât un métier fatigant, son rétablissement ne s'était pas démenti. Le plus souvent, soulagés après sept ou huit bains, les malades en ont dû prendre une trentaine au moins pour recouvrer l'usage des articulations.

Dans quelques cas cette médication a soulagé sans guérir ; plus rarement elle a complètement échoué.

La variété, malheureusement assez commune, d'arthrite rhumatismale chronique qui revêt l'apparence *fongueuse* avec empâtement élastique, fausse fluctuation caractéristique du développement des fongosités articulaires, et qui peut occuper plusieurs articulations (genoux, cou-de-pieds, poignets) paraît plus réfractaire que toute autre à la thérapeutique. Même dans ces cas, la nutrition générale est presque toujours heureusement modifiée, l'hématose semble plus active, la peau se colore en même temps que les malades prennent de l'embonpoint.

Quand on a obtenu un résultat favorable, il serait imprudent, sous peine de s'exposer à une récidive, de suspendre le traitement avant que l'organisme ait été soumis pendant un temps suffisant à son action modificatrice. Les malades, délivrés de leurs atroces douleurs, retrouvant la liberté de leurs mouvements, veulent quelquefois abandonner prématurément la médication qui leur a procuré ces avantages. Ils feront plus sagement d'y recourir de temps en temps, alors surtout que le retour des douleurs les avertit d'un retour offensif. Chaque année au printemps et à l'automne, ils reprendront quinze à vingt-cinq bains, en choisissant les jours où les conditions atmosphériques sont favorables, et en évitant de s'exposer à l'air extérieur après avoir pris le bain ».

Le mode d'action des bains arsénicaux, comme des bains minéraux en général, est loin d'être tranché ; en dehors de la question d'absorption par la muqueuse respiratoire de principes minéraux volatilisables par la chaleur, l'absorption du principe minéralisateur par la peau, non excoriée, n'est guère acceptée par aucun physiologiste actuel. Pour l'arsenic en particulier, Reveil, Gobley et Avisard, Ducom, n'en ont pas trouvé trace dans les urines des malades ayant

pris plus de 20 bains arsenicaux, tandis que l'arsenic apparaît vite dans les urines des sujets soumis à la médication arsenicale interne. « Il paraît donc assez probable, dit à ce sujet M. Charcot, que ces deux méthodes n'agissent point de la même manière sur l'organisme, même en admettant qu'elles soient l'une et l'autre également efficaces pour combattre la maladie, ce dont je serais disposé à douter. »

Lasègue, après avoir expérimenté « avec une infatigable persévérance » les bains alcalins, arsenicaux, de sublimé, etc., avait acquis la conviction que la température joue un rôle prépondérant, ou du moins que les bains employés contre le rhumatisme noueux sont loin d'agir seulement par leur composition chimique. « Un bain de sublimé à 30° ne ressemble en rien au même bain élevé à une température de 40 à 50°, ce sont deux médicaments. » Les individus atteints de rhumatisme noueux, préservés des complications (cardiaques ou pulmonaires) qui contre-indiqueraient le traitement, éprouvent un véritable bien-être local et général à la suite des *bains surchauffés*. La raideur articulaire s'atténue, les jointures sont moins empâtées, les mouvements moins pénibles. Après une cure prolongée par les bains simples de 40 à 45° administrés *tous les deux jours pendant des mois*, — le profit est plus que douteux des bains chauds quotidiens, des malades, condamnés au lit et à l'oisiveté, ont pu reprendre quelques travaux manuels, se lever, marcher, descendre les escaliers, tous exercices qui semblaient leur être désormais interdits. Lasègue n'était pas de ceux qui se font des illusions sur la curabilité du rhumatisme noueux. « Le problème, dit-il, n'est pas d'atténuer des lésions passées à l'état de fait acquis et de liquider le passé ; la maladie reste incessamment, pendant la cure, en pleine évolution. Au moment où vous croyez avoir réalisé un bénéfice définitif, une nouvelle crise aiguë ou une série d'accès subaigus vient tout compromettre. Si décourageantes que soient ces récidives prévues théoriquement, mais dont on espère être préservé, il n'en faut pas moins persévérer dans l'usage du traitement, quel qu'il soit. Les bains chauds, qui ne conjurent pas mieux que les autres médications l'aptitude aux rechutes, contribuent-ils à modérer les crises actives ? Tolérés même pendant les périodes de fluxion douloureuses, ils ne servent réellement que durant les rémissions.

En dehors de l'espèce classique du rhumatisme noueux, il existe des variétés nombreuses de rhumatisme déformant qui, s'écartant du type, offrent à la curation des chances beaucoup moins défavorables. Lorsque l'affection se limite à un très petit nombre d'articulations plus ou moins symétriques, quelque considérable que soit la déformation, les bains chauds peuvent guérir, à la condition toutefois que non seulement les lésions soient limitées, mais que la maladie soit éteinte. Lasègue a recherché dans ces cas l'influence comparée des bains généraux et des bains locaux, que permettrait souvent d'employer une déformation localisée à une articulation ou à un segment de membre ; les bains locaux lui ont paru toujours et partout inférieurs.

III

En outre des bains chauds, Lasègue préconisait exclusivement la *teinture d'iode*. Il insistait beaucoup sur la différence d'action qu'il y a entre celle-ci et l'iodure de potassium. « De ce que l'un des remèdes a été actif ou impuissant, on n'a pas le droit de conclure à l'activité ou à l'inefficacité de l'autre. » Après des expériences multiples, Lasègue affirmait que, même à des doses qui dépassent celles qu'on a prescrites habituellement, l'ingestion de l'iode est exempte d'inconvénients. Seulement comme le fer, et plus encore que pour les préparations martiales, il doit être de règle absolue de n'administrer l'iode qu'au moment du repas. L'estomac, à l'état de vacuité, le tolère difficilement, et il occasionne des gastralgies qui ont une frappante analogie avec celles que les ferrugineux provoquent chez certains malades. Pris pendant le repas, il active la digestion plutôt qu'il ne l'entrave, et, sous ce rapport même, il ne serait pas déplacé parmi les stimulants digestifs. Jamais il ne cause ni douleurs, ni vomissements, ni diarrhée, ni accidents gastriques d'aucun ordre, quelle que soit la susceptibilité des sujets. »

La dose que Lasègue prescrivait était élevée progressivement de 8 ou 10 gouttes deux fois par jour, à 5 et 6 grammes pendant le repas, en prenant pour excipient un peu d'eau sucrée ou de préférence du vin d'Espagne qui masque bien la saveur. « Il n'y a jamais eu d'ivresse iodique ou d'amaigrissement appréciable ; les malades n'ont même jamais accusé le dégoût qu'entraîne si souvent un remède d'une saveur très prononcée longtemps continué ».

Il faut absolument proscrire les bains de mer et les séjours aux bords de l'Océan. Les *stations minérales* les plus convenables sont celles dont les eaux sont chaudes, chlorurées, sulfureuses ou arsenicales, plus ou moins fortement minéralisées, suivant l'allure de l'affection et la caractéristique constitutionnelle des malades.

Les *bains de vapeur térébenthinés* rendent des services dans les formes modérément intenses du rhumatisme chronique, pour aider à la résolution des engorgements articulaires consécutifs à une attaque de rhumatisme subaigu prolongée. J'ai aussi utilisé avec avantage les *bains d'air chaud et sec*. J'ai employé plus souvent encore les *fumigations de baies de genièvre* projetées sur un brasero qu'on a placé sous le siège du malade, celui-ci étant enveloppé jusqu'au cou dans une couverture au centre de laquelle on a ménagé un orifice pour passer la tête et dont les pans retombent tout autour jusqu'à terre.

Les boues de Dax sont à essayer ; dans les cas les plus graves elles échoueront, comme tout autre moyen.

Comme agents locaux, outre les topiques calmants, les *cataplasmes de sable chaud* appliqués sur les jointures dans les poussées douloureuses, dans les périodes torpides on emploie des révulsifs, des résolutifs (badigeonnages iodés, vésicatoires volants, ignipuncture, compression, massage).

Le *massage quotidien* est extrêmement utile pour enrayer l'atrophie musculaire et favoriser la résorption des infiltrations articulaires et péri-articulaires.

On a préconisé l'électricité sous forme de *courants continus*. La galvanisation aurait pour résultats : de faire cesser rapidement les douleurs, les contractures, d'aider à la disparition des nodosités et de combattre l'atrophie muscu-

laire. « On applique le pôle positif, représenté par une large plaque mouillée, sur la région cervico-dorsale (pour les membres supérieurs), ou sur la région dorso-lombaire (pour les membres inférieurs), on plonge les extrémités malades dans un bassin de porcelaine plein d'eau légèrement salée et à la température du corps. On met cette eau en communication avec le pôle négatif de la pile au moyen d'une plaque métallique et d'un conducteur. Les séances auront de 10 à 15 minutes, seront faites tous les jours pendant le premier mois, puis à intervalles plus éloignés. L'intensité du courant variera suivant l'âge du sujet (8 à 12 milliampères chez les enfants). »

En réalité, rien n'est plus décourageant que de soigner le rhumatisme chronique déformant progressif.

Parmi les médications très nombreuses que j'ai personnellement essayées dans plusieurs cas typiques, je n'en retiens que deux qui m'aient donné un résultat appréciable.

C'est d'abord la teinture d'iode à doses croissantes de 20 à 60 gouttes par jour en 3 fois (61 gouttes font 1 gramme). Je ne sais comment, Lasègue avait pu pousser jusqu'à 6 et 8 grammes. J'ai toujours constaté l'intolérance gastro-intestinale au delà de 60 gouttes, mais au-dessous de cette dose, et surtout à 30 gouttes *pro die*, les fonctions digestives sont stimulées et s'accomplissent parfaitement. Les malades engraissent. J'ai vu plusieurs fois cesser au bout de deux semaines les douleurs et l'état général s'améliorer ; ce n'est qu'après plusieurs mois (3 à 4) que les déformations, la gêne des mouvements rétrocèdent.

La seconde médication à laquelle je puisse attribuer d'heureux effets est l'emploi des bains chauds arsenicaux, d'après la formule de M. G. de Mussy.

P. LE GENDRE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Discussion du projet de loi relative à l'exercice de la médecine.

(Suite).

Il n'y a en effet qu'une catégorie de malades : il ne doit y avoir qu'une catégorie de médecins. L'égalité du malade devant la science est un droit démocratique que la République ne peut méconnaître. Il y a d'ailleurs un minimum de connaissances médicales au-dessous duquel il ne faut pas descendre ; ce minimum est représenté, à mon sens, par l'ensemble des connaissances requises du docteur en médecine. Il en est ainsi dans toute l'Europe. Le médecin de second ordre ne se rencontre plus que chez nous. Il a été supprimé en Espagne, en Italie, en Suisse, en Belgique, en Allemagne, partout sauf en Portugal. Et le minimum des connaissances exigées est moindre en France que partout ailleurs, au moins en Europe. Chez nous la scolarité pour le doctorat ne dure que quatre ans, représentés par seize inscriptions ; ailleurs, en Italie, par exemple, la durée des études médicales est de six années.

Dès lors est-on fondé à s'étonner de notre proposition ? Qui pourrait s'en plaindre?

Nous sommes à la veille d'organiser l'assistance médicale dans les campagnes ; un projet de loi a été déposé par le Gouvernement dans ce but ; n'est-ce pas le moment de songer à organiser un corps médical de même ordre, afin de donner satisfaction à ce sentiment d'égalité de tous devant la science?

Je sais bien que vous vous préoccupez d'une question à laquelle nous ne sommes pas restés étrangers, croyez-le bien, celle du recrutement d'un personnel médical suffisant. Le recrutement, messieurs, vous ne pouvez plus espérer le faire par l'officiat.

Au fur et à mesure que, par des décrets, on a obligé les officiers de santé à acquérir des connaissances plus étendues, leur nombre a diminué ; le jour où a été rendu le décret du 3 août 1883 imposant à l'officier de santé l'obligation de faire quatre ans d'études et de fournir un stage de trois ans dans les hôpitaux, leur nombre est tombé à un chiffre annuel si minime que vous ne pouvez plus, en réalité, compter sur cette institution décrépite pour obtenir un recrutement sérieux du personnel médical de l'avenir.

D'ailleurs, une circonstance particulière doit être rappelée, car elle a porté le dernier coup à l'officiat de santé : c'est la façon dont les traite la loi sur le recrutement de l'armée.

Cette loi a méconnu absolument les droits de l'officier de santé et les services qu'il peut rendre.

Pour moi, je déclare que, si l'officiat de santé devait être maintenu, je demanderais qu'on fît à l'officier de santé une place honorable dans le corps de santé militaire.

Permettez-moi, enfin, messieurs, de vous rappeler que l'officier de santé a été créé pour le service médical de la campagne. Plusieurs tentatives ont été faites pour l'y ramener : le premier projet du Gouvernement, présenté par l'honorable M. Lockroy, ne tendait à rien moins. Il portait que l'officier de santé ne pourrait pas exercer dans les chefs-lieux de département ou d'arrondissement ou dans les communes ayant une population supérieure à 10,000 habitants. C'était une sorte de relégation à l'intérieur, que la loi de ventôse n'a pas osé leur appliquer et qui était vraiment outrageante et injuste pour ceux de notre temps.

On n'a pas tardé à s'apercevoir qu'on divisait ainsi le pays en deux zones : la zone des officiers de santé et celle des docteurs. On semblait dire : A vous, campagnards, il vous suffira d'avoir des médecins de second ordre, vous êtes des malades de second catégorie ; et vous, citadins, vous êtes des malades de première catégorie, on vous donnera des médecins de premier ordre.

M. FRÉDÉRIC GROUSSET. La distinction entre les pauvres et les riches !

M. CHEVANDIER. Il y avait évidemment quelque chose de choquant, d'antidémocratique dans une telle disposition ; on n'a pas hésité, soit pour les raisons que je vous ai données, soit parce que la loi militaire a fait à l'officier de santé une position trop infime — elle le réduit à l'état de sous-officier, — à renoncer à ce premier projet du Gouvernement.

J'ai la satisfaction de dire à la Chambre qu'à l'heure actuelle, après des discussions approfondies et des concessions mutuelles, nous sommes arrivés à une entente à peu près complète. Le Gouvernement accepte la suppression de l'officiat de santé.

Ne croyez pas qu'abolir l'officiat de santé, ce soit retirer immédiatement à tous les officiers de santé répandus sur le territoire de la République leurs droits professionnels : personne ne pouvait y songer. Nous allons même plus loin, nous proposons, afin d'arriver plus tôt à l'unité si désirable, des dis-

positions transitoires à la faveur desquelles l'officier de santé pourra plus aisément obtenir le titre de docteur.

Nous leur tendons la main, heureux d'accueillir ceux qui auront été jugés dignes du titre de docteur. Sur ce point l'accord n'a pu encore s'établir entre le Gouvernement et la commission ; mais j'espère que les explications fournies sur les articles 2 et 3 nous permettront de nous entendre.

Messieurs, nous avons adopté pour notre projet une forme particulière, afin de lui donner plus de clarté. D'ailleurs, nous ne pouvions mieux faire que de prendre pour modèle la loi préparée autrefois par M. de Salvandy et adoptée par la Chambre des pairs. Cette loi était divisée en trois titres ; nous avons suivi la même méthode, et si vous comparez les articles du projet du Gouvernement avec ceux de la commission, vous remarquerez qu'il existe une similitude à peu près complète.

D'autres intérêts encore doivent être sauvegardés. Nous sommes obligés de vous demander certaines garanties contre l'établissement des médecins étrangers.

La loi du 19 ventôse donne au ministre le droit absolu d'admettre un étranger à exercer la médecine en France. On a dit, pour expliquer cette prérogative, qu'il ne fallait pas fermer le pays aux grands médecins étrangers.

C'était là un simple prétexte. Ce n'étaient point ceux-là qui devaient quitter le lieu où leur réputation s'était faite, pour venir s'établir chez nous : ceux qui en profitèrent furent, au contraire, des médecins qui, la plupart du temps, ne pouvaient arriver à se créer une clientèle dans leur pays.

Nous avons vu obtenir l'autorisation d'exercer en France des gens qui n'avaient pas même reçu le diplôme qui leur aurait permis d'exercer la médecine dans leur propre pays.

Nous avons donc dû prendre quelques précautions contre cette invasion. Nous sommes d'ailleurs à peu près d'accord avec le Gouvernement sur les conditions à imposer aux médecins étrangers qui veulent s'établir en France. (*Bruit de conversations.*)

Je comprends très bien, messieurs, que le sujet que je traite en ce moment n'offre pas un intérêt capable de vous passionner. Mais je ne puis pas oublier le caractère particulier que vous avez voulu donner à cette Chambre ; alors que les assemblées précédentes avaient eu une tendance marquée à traiter les grandes questions politiques, vous êtes venus dans cette enceinte avec la ferme résolution de vous occuper d'affaires. Les affaires ne donnent pas souvent lieu à des développements intéressants, leur sujet est un peu aride ; c'est une raison de plus pour moi de solliciter votre indulgence. (*Parlez ! parlez !*)

D'ailleurs je ne veux pas traiter actuellement les questions sur lesquelles on pourra discuter, s'il y a lieu, au fur et à mesure que viendront en discussion les divers articles de la loi.

Je termine en vous montrant combien il est nécessaire d'établir quelques dispositions visant l'exercice illégal de la médecine.

La loi de l'an XI, par cela même qu'elle n'avait déterminé de maximum ni de minimum à la peine qui serait prononcée contre quiconque exercerait illégalement la médecine, avait établi une sanction absolument fictive. A la douce et insuffisante répression de l'exercice illégal, la magistrature ajoute une mansuétude regrettable. Il était nécessaire de vous proposer des mesures un peu plus sévères : c'est là ce qui forme le titre III de notre projet.

Je ne veux pas, messieurs, abuser plus longtemps de vos instants. Je crois qu'il y a là des intérêts si considérables à sauvegarder — intérêts de l'individu, de la famille, de la nation, la santé étant le support nécessaire du travail et du courage — que je méconnaîtrais votre patriotisme en insistant plus longtemps. J'ajoute cependant que les intérêts sociaux sont, dans cette circonstance, solidaires des intérêts du corps médical. Défendre ceux-ci, encourager le médecin dans sa tâche si délicate, si difficile et parfois si ingrate, c'est encore protéger les intérêts de la société. Donner aux médecins quelques prérogatives nouvelles, qui pourront améliorer leur situation, c'est en favoriser le recrutement.

Or, le découragement est manifeste. Il résulte des ménagements qu'on a pour ceux qui pratiquent illégalement la médecine, que le médecin est obligé de laisser aux empiriques la médecine rurale. Il n'est que temps, Messieurs, de voter résolument une loi protectrice de la santé des citoyens. C'est dans cette conviction que la Chambre, je l'espère, voudra bien voter le passage à la discussion des articles. (*Applaudissements.*)

M. le Président. Personne ne demande plus la parole dans la discussion générale ?

Je consulte la Chambre sur le passage à la discussion des articles.

(La Chambre, consultée, décide qu'elle passe à la discussion des articles.)

Je donne lecture de l'article 1er :

« Art. 1er. — Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine délivré par le Gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat. » — Sur cet article il y a un amendement de MM. Aristide Rey et Ernest Lafont, qui est ainsi conçu : » Substituer à l'article 1er du projet les articles suivants :

« Art 1er. — Les études médicales ont pour sanction le brevet professionnel de docteur-médecin et le grade universitaire de docteur ès sciences médicales.

« Art. 2. — (Article 1er de la commission.)

« Art. 3. — Pour obtenir le diplôme de docteur-médecin il faut : 1° avoir accompli dans un service hospitalier un stage dont la durée est fixée par les règlements administratifs ; 2° avoir pris seize inscriptions dans un établissement d'enseignement supérieur : Ecole préparatoire, Ecole de plein exercice, Faculté, et y avoir subi les examens dits de fin d'année et les examens de fin d'études. Les examens de fin d'année se passent devant les Facultés ou les Ecoles où sont prises les inscriptions.

« Les examens de fin d'études se passent devant les Facultés. Ceux de ces examens qui peuvent être subis dans les écoles de plein exercice et dans les écoles préparatoires réorganisées, ont lieu devant un jury présidé par un professeur ou un agrégé de Faculté délégué à cet effet.

« Art. 4. — Les conditions pour prendre les inscriptions, le programme des examens de fin d'année, celui des examens de fin d'études, leur nombre et leur mode de passage, sont établis par le ministre de l'instruction publique.

« Art. 5. — Nul ne peut être professeur d'une Faculté, d'une Ecole de plein exercice ou d'une Ecole préparatoire, être chef d'un service d'hôpital ou d'asile ressortissant à un établissement d'ensei-

gnement supérieur, s'il n'est pourvu du diplôme professionnel de docteur-médecin et du grade universitaire de docteur ès sciences médicales.

ART. 6. — Pour obtenir le grade de docteur ès sciences médicales, il faut avoir vingt inscriptions, dont huit prises dans une Faculté, et subir, devant le jury d'une Faculté, des examens dont le nombre et le programme sont arrêtés par le ministre de l'instruction publique, après avis du conseil supérieur de l'instruction publique.

« ART. 7. — Les docteurs en médecine titulaires de chaires ou de services hospitaliers au moment de la promulgation de la présente loi sont considérés comme possesseurs du titre de docteur-médecin et du grade de docteur ès sciences médicales. »

La parole est à M. Aristide Rey.

M. ARISTIDE REY. — Messieurs, la question de la suppression des officiers de santé n'intéresse pas seulement les officiers de santé, elle intéresse aussi les écoles secondaires. Il m'avait paru qu'il y avait à ce sujet une lacune dans la loi, et j'avais déposé un amendement pour essayer de réparer cet oubli. Il y va, en effet, de l'intérêt des études, des élèves, de celui des malades, de celui de la science elle-même et surtout de la vie municipale dans les villes qui ont bénéficié, jusqu'à présent, de l'existence de ces écoles. (*Très bien ! très bien !*). Mais M. le ministre a bien voulu me donner toute assurance à cet égard. Il m'a promis de prendre les mesures nécessaires pour permettre aux élèves de faire leurs études, en grande partie du moins, dans les écoles secondaires et pour créer un corps professoral qui assure un enseignement sérieux à ces élèves. Dans ces conditions, je retire mon amendement. (*Très bien ! très bien !*).

M. LE PRÉSIDENT. — L'amendement est retiré.

M. LÉON BOURGEOIS, *ministre de l'instruction publique et des beaux-arts*. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le ministre de l'instruction publique.

M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES BEAUX-ARTS. — Messieurs, j'ai demandé la parole pour dire quelques mots en réponse aux observations que vient de présenter l'honorable M. Rey, et pour confirmer à la tribune, — ce qui me semble utile et même nécessaire, — ce que j'ai pu lui dire de mon banc. M. Aristide Rey a bien voulu faire connaître à la Chambre que les intérêts au nom desquels il prenait la parole, et en vue desquels il a présenté son amendement, étaient ceux des écoles secondaires de médecine. Je déclare très nettement devant la Chambre que ces intérêts nous avaient paru, comme à lui, respectables, considérables même, et que nous devons nous-mêmes prendre toutes les mesures nécessaires pour que les écoles secondaires de médecine ne soient pas atteintes par les effets du projet de loi en discussion. (*Très bien ! très bien !*).

Nous avons soumis, certainement vous ne l'ignorez pas, à la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique, tout un projet de réorganisation des études préparatoires à la médecine. Le baccalauréat ès sciences restreint a été supprimé ; un baccalauréat spécial dit « des sciences naturelles » doit être organisé. Cet examen sera de nature à procurer une préparation scientifique plus forte et plus efficace aux étudiants en médecine.

Au lieu que les sciences qu'on appelle accessoires, la chimie, la physique, l'histoire naturelle, soient enseignées à la Faculté de médecine, en prenant sur le temps consacré aux études véritablement médicales, elles le seraient à la Faculté des sciences. Quatre années seraient par suite consacrées aux études médicales proprement dites, y compris la physique et la chimie médicale, qui, en première année, n'ont aujourd'hui de médical que le nom. Il en résultera ce premier avantage pour les écoles préparatoires : que les jeunes gens devant être appelés à faire une première année d'études scientifiques dans les facultés des sciences qui sont généralement placées à côté des écoles secondaires de médecine...

M. RICARD. — Pas toujours.

M. LE MINISTRE. — Sans doute. Mais je puis bien dire que presque toujours, dans les villes qui possèdent une école secondaire de médecine, il y a une faculté des sciences. J'ajoute que dans les localités pourvues d'une école de médecine, mais où ne se rencontre pas une faculté des sciences, nous comptons constituer, à côté, des écoles secondaires, et, dans ces écoles, l'enseignement scientifique préparatoire aux études médicales. (*Très bien ! très bien !*) Voilà donc une première mesure qui, pendant toute la première année retiendra un grand nombre d'étudiants dans le voisinage immédiat des écoles secondaires. En outre, dans l'organisation même de l'enseignement de la scolarité médicale, notre pensée est de développer et d'étendre un des bénéfices qui sont aujourd'hui accordés à certaines catégories d'écoles de médecine.

Nous voulons tout d'abord étendre à toutes les écoles de médecine une mesure qui a été considérée comme très favorable aux écoles de plein exercice : je veux parler du droit pour les écoles dont il s'agit de voir un jury de faculté se transporter auprès d'elles pour y faire passer certains examens. (*Très bien ! très bien*), ce qui dispense les élèves de se transporter au chef-lieu de la faculté et de se dépayser. Ce droit appartiendrait désormais à toutes les catégories d'écoles médicales. (*Nouvelle marque d'approbation.*)

M. ISOARD. — Très bien ! C'est la séparation du corps examinant d'avec le corps enseignant. Cette mesure aura certainement de très heureuses conséquences.

M. LE MINISTRE. — Il est à remarquer, en effet, qu'une fois partis pour les facultés, les élèves ne reviennent plus à l'école ; eh bien, dorénavant ils seront retenus dans les écoles secondaires pendant tout le temps de leurs études. Voilà un ensemble de mesures qui aurait pour les écoles secondaires des avantages certains, et qui contribuerait, j'en ai la confiance, à maintenir, à accroître leur clientèle. A un autre point de vue, l'honorable M. Aristide Rey m'a demandé de lui donner l'assurance que le recrutement du personnel enseignant se ferait de façon que l'enseignement donné dans ces écoles soit le plus élevé possible.

Cela va de soi. Il n'est pas nécessaire que je lui donne cette assurance, je n'ai aucun engagement à prendre à cet égard ; car j'estime qu'il est du devoir du ministre de l'instruction publique de s'efforcer, par tous les moyens, d'élever sans cesse le niveau de l'enseignement dans chacun des établissements dont il a la responsabilité. (*Très bien ! très bien !*) Je termine en disant que, d'accord avec M. Aristide Rey et avec M. Langlet, qui s'est fait l'organe autorisé des intérêts et des besoins de l'enseignement secondaire de la médecine, le Gouvernement pense qu'il y a lieu de conserver et de fortifier les écoles secondaires. Elles constituent, suivant nous, des

foyers d'études supérieures qu'il serait regrettable de voir affaiblir ou disparaître, et vous pouvez être assurés, messieurs, que le Gouvernement fera tous ses efforts, non seulement pour maintenir à ces foyers leur éclat, mais pour le développer encore, s'il est possible. (*Très bien! très bien!*) J'allais omettre, messieurs, de dire un mot sur un point qui a été touché dans l'amendement de M. Rey, dont notre honorable collègue n'a pas parlé à la tribune et qui nécessite, suivant moi, quelques explications, encore qu'il n'ait pas trait directement à la question des écoles secondaires. La partie de l'amendement de M. Rey à laquelle je fais allusion avait pour but la création d'un diplôme scientifique du doctorat ès-sciences médicales. C'est là une question très intéressante, mais M. Rey a pensé avec nous que le moment n'était peut-être pas très bien choisi pour la traiter, car la loi en discussion touche à l'exercice de la médecine, ce qui n'est pas la même chose. Notre honorable collègue a pensé que des titres scientifiques pouvaient être nécessaires, non pas pour exercer la profession médicale, mais pour arriver dans les facultés, dans les établissements d'enseignement médical supérieur, à certaines situations élevées.

Puisque l'occasion m'est donnée de m'expliquer à cet égard à la tribune, je dirai que j'ouvrirai volontiers une enquête auprès des Facultés de médecine sur cette question intéressante. Il y a là une idée utile à suivre et, si les résultats de cette enquête font apparaître un mouvement de sympathie en sa faveur, je serai pour mon compte très heureux de m'y associer. (*Très bien! et applaudissements.*)

M. LE PRÉSIDENT. — Je donne de nouveau la lecture de l'article 1er : « Art. 1er. — Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le Gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'État. » M. Isambard a déposé sur cet article un amendement qui est ainsi conçu : Personne ne peut exercer la médecine en France sans avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, etc. » La parole est à M. Isambard.

M. ISAMBARD. — J'ai déposé un certain nombre d'amendements au projet de loi sur l'exercice de la médecine. Je prie la Chambre de ne pas s'effrayer de leur nombre ; je serai très bref sur chacun d'eux. D'après le texte de la commission, dont M. le président vient de donner lecture, « nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur... » Je propose de substituer à cette rédaction la suivante : « Personne ne peut exercer la médecine en France sans avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine..., etc. » (*Mouvements divers*).

Le but que je me suis proposé en présentant cet amendement, c'est d'obtenir de la commission la déclaration que le diplôme de docteur en médecine est accessible aux deux sexes... (*Rires.*)

M. Armand DESPRÉS. — Est-ce qu'il n'y a pas assez de médecins comme cela ?

M. ISAMBARD. — ... Si la commission fait cette déclaration, je suis prêt à retirer mon amendement.

M. SAINT-GERMAIN. — Le texte de la commission n'établit aucune exception.

M. LE RAPPORTEUR. — Je n'ai qu'un mot à dire en réponse à M. Isambard. Il n'est jamais entré dans les intentions de la commission de revenir sur ce qui se pratique actuellement. Aucune loi n'empêche une femme de se faire recevoir docteur en médecine. Toute personne qui, se présentant devant un jury d'examen, fait preuve des connaissances exigées et remplit les conditions déterminées par la loi, a le droit de recevoir le diplôme de docteur en médecine et d'exercer la médecine. Nous n'avons pas à nous inquiéter de savoir si le candidat est un homme ou une femme. Il y a aujourd'hui un courant qui porte un certain nombre de femmes vers l'exercice de la médecine. Nous en sommes fort aises... (*Mouvements divers.*)

M. Armand DESPRÉS. — A quand les femmes députés ? (*Rires.*)

M. LE RAPPORTEUR. — Je n'ai pas entendu l'interruption. Je parle au nom de la commission. Notre collègue M. Isambard a donc toute satisfaction. (*Très bien! très bien!*)

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Isambard.

M. ISAMBARD. — La déclaration de M. le rapporteur de la commission me suffit. J'avais présenté mon amendement pour l'obtenir, en conséquence, je le retire.

M. LE PRÉSIDENT. — L'amendement est retiré. Sur l'article 1er, il y a un autre amendement, présenté par M. Paulin-Méry et qui est ainsi conçu : « Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est né Français. »

M. LE RAPPORTEUR. — Il y a un article de notre projet qui vise les médecins étrangers. Il me semble que c'est plutôt à propos de cet article que l'amendement de M. Paulin-Méry pourrait venir en discussion.

M. LE PRÉSIDENT. — L'amendement n'est pas appuyé ? (*Non! non!*) L'article 51 du règlement dispose dans son paragraphe 3 : « La Chambre ne délibère sur aucun amendement si, après avoir été développé, il n'est appuyé. » Par conséquent il n'y a pas lieu de mettre aux voix l'amendement de M. Paulin-Méry. (*Assentiment*).

M. LE PRÉSIDENT. — Personne ne demande plus la parole sur l'article 1er ?... Je le mets aux voix. L'article 1er, mis aux voix, est adopté.

M. LE PRÉSIDENT. — « Art. 2. — Toutefois, les officiers de santé reçus antérieurement à la présente loi, et ceux reçus dans les conditions déterminées par l'article 4 ci-après, auront le droit d'exercer la médecine sur tout le territoire de la République. Ils resteront soumis à l'obligation de se faire assister par un docteur en médecine, hormis le cas d'urgence, dans les grandes opérations chirurgicales et obstétricales. Un règlement d'administration publique en drsssera la liste. »

Il y a sur l'article 2 un amendement de notre collègue, M. Isambard, qui est soumis à la prise en considération. M. Isambard a la parole.

M. ISAMBARD. — Messieurs, je propose de rédiger ainsi le premier paragraphe de l'article 2 : « Toutefois, les officiers de santé reçus antérieurement à la présente loi, ou reçus dans les conditions déterminées par son article 4, auront le droit d'exercer la médecine sur tout le territoire de la République. » C'est une simple modification de rédaction, à laquelle je ne tiens pas d'ailleurs. Pour le deuxième paragraphe, je propose de reprendre la disposition de loi de ventôse, à laquelle j'ajouterais « *les grandes opérations obstétricales* » en supprimant les mots « dans les lieux où celui-ci (le docteur) sera établi. » La loi de ventôse n'impose pas à l'officier de santé l'obligation de se faire assister par un docteur en médecine, mais elle le place sous la surveillance et le contrôle d'un docteur en médecine pour les

grandes opérations chirurgicales dans les lieux où le docteur en médecine est établi. La commission se sert à tort des mots : « ils resteront soumis à l'obligation de se faire assister, etc. », puisque cette obligation n'existe pas ; il faudrait dire : « ils seront soumis... » si l'on admet que le docteur en médecine assistera simplement l'officier de santé. La loi de ventôse allait plus loin puisqu'elle plaçait, je le répète, l'officier de santé sous la surveillance et le contrôle du docteur en médecine. Je demande qu'on revienne à la loi de ventôse et qu'on ne fasse pas du docteur en médecine un simple aide de l'officier de santé auprès duquel il sera appelé.

(*A suivre.*)

REPORTAGE MÉDICAL

L'Œuvre des Femmes enceintes. — C'est une œuvre intéressante et que nous croyons devoir signaler à l'attention du public médical. Elle vient de se fonder, sous les auspices de la Société pour la propagation de l'allaitement maternel.

« La femme enceinte, écrivait le professeur Pinard, est considérée à l'heure actuelle par la société, par l'administration de l'Assistance publique, comme une femme valide pouvant et devant subvenir à ses besoins. »

Depuis quelque temps, grâce aux efforts de M. Strauss, conseiller municipal, à l'initiative de M. le professeur Pinard, de Mme Léon Béquet, l'infatigable propagatrice de l'allaitement maternel, la question de l'assistance des femmes enceintes est à l'ordre du jour.

Dans la séance du 27 décembre 1890, le conseil municipal a alloué à l'œuvre de l'allaitement maternel une somme de 20.000 fr. pour fonder un refuge pour les femmes enceintes. En même temps, la ville faisait la location d'un immeuble, situé au n° 203 de l'avenue du Maine, c'est-à-dire à proximité des cliniques d'accouchement et de la maternité.

C'est à cette place que s'élèvera bientôt le Refuge ouvroir de la Société pour la propagation de l'allaitement maternel.

Les femmes parvenues au 7e mois de leur grossesse y seront admises : un comité de dames patronnesses s'occupera de leur procurer de l'ouvrage facile, dont le produit leur sera remis intégralement à la sortie.

Au terme de la grossesse, la femme sera dirigée sur une maternité, où elle accouchera. Si l'on considère que cette femme aura été soumise, pendant tout le temps qu'elle aura passé au refuge, à une hygiène rigoureuse, qu'elle aura été surveillée, tant au point de vue de son état de grosseses qu'au point de vue spécial de l'antisepsie, on comprendra immédiatement l'intérêt qui s'attache à cette nouvelle fondation.

Nous prions nos confrères de vouloir bien, par leur adhésion à cette œuvre, essentiellement humanitaire, par la propagande utile qu'ils peuvent faire dans leurs relations, joindre leurs efforts aux nôtres et nous aider efficacement dans la tâche que nous avons entreprise.

Les adhésions seront reçues au siége de la société, rue de Sèvres, 45.

Chez le docteur Barbézieux, 95, rue Denfert-Rochereau, chez le docteur Demay, 51, avenue de Wagram.

Les membres adhérents versent une somme de 12 fr. par an à titre de cotisation.

Les membres perpétuels donnent un capital de 100 fr. une fois versés.

Docteur G. Barbézieux.

—Pour répondre à diverses demandes, nous reproduisons les3 paragraphes de l'article 16 que d'accord avec le gouvernement et avec la commission, la Chambre a renvoyé à l'époque où viendra en discussion la loi sur l'exercice de la pharmacie.

Voici ces trois paragraphes :

« Toutefois, dans les localités où il n'y a pas de pharmacien, les médecins peuvent livrer des médicaments sur place et en fournir aux malades près desquels ils sont appelés et dont la résidence est éloignée de 4 kilomètres au moins de toute pharmacie, mais sans avoir d'officine ouverte.

« Dans ce cas, ils sont soumis à toutes les obligations résultant pour les pharmaciens des lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente.

« Pour satisfaire aux cas d'urgence, les médecins, même alors qu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la localité qu'ils habitent, sont autorisés à avoir chez eux certains remèdes dont la liste sera dressée par un règlement d'administration publique, qu'ils pourront distribuer à leurs malades dans les circonstances prévues par le même règlement. »

— *Cours à l'école pratique.*— M. le Dr Bérillon fera, à partir du mardi 14 avril, les mardis et samedis, à cinq heures, à l'Ecole pratique de la Faculté (amphithéâtre Cruveilhier), un cours libre sur les *applications cliniques de l'hypnotisme.*

— Nous recevons la monographie de la commune de Graulhet (Histoire, Biographie, Agriculture, Commerce, Industrie, Statistique, Topographie, etc.), par Maurice Bastié, *Docteur en Médecine, Membre du Concours*, Médecin de l'Hospice de Graulhet, ouvrage couronné par l'Académie dans la séance du 16 Juin 1889.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès d'un membre du Concours médical :

M. le Dr Collin à Saint-Raphaël (Var).

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine :

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'Ecole de Médecine
4, rue Antoine-Dubois, 4

I.— *Manuel du Candidat aux divers grades et emplois de Médecins et Pharmaciens de la Réserve et de l'Armée territoriale*, par le Dr P. Bouloumié. — Paris, *Société d'Editions scientifiques*, in-12 ; 585 pages ; 5 fr.

« Aujourd'hui que tout Français doit le service militaire personnel jusqu'à l'âge de quarante-cinq ans, il faut que chacun sache ce qu'est l'armée et quel rôle il doit remplir dans ses rangs. Spécialement en ce qui concerne les médecins et les pharmaciens, qui doivent toujours y être comme membres du corps de santé, du moins en temps de guerre, quelques connaissances militaires sont d'autant plus indispensables qu'arrivés à certains grades, ils peuvent être chefs de service, soit dans un corps de troupe, sait dans un hôpital, et que, comme tels, ils n'ont pas seulement à faire acte de direction et de commandement dans certaines fonctions sanitaires vis-à-vis des officiers et des troupes de santé qui les desservent. Ils doivent donc connaître l'organisation et le fonctionnement du service de santé, ainsi que les droits, devoirs et attributions des membres de son personnel dans les diverses situations qu'il peut occuper à tous les degrés de la hiérarchie.

L'ouvrage du Dr Bouloumié traite toutes ces questions avec beaucoup de clarté et de netteté. Des notions d'hygiène militaire le terminent ; l'auteur y passe en revue les maladies *simulées* et *dissimulées*, il s'occupe aussi de la chirurgie de guerre.

Nous croyons que cet ouvrage très complet et très clair est appelé à rendre les plus grands services aux candidats aux divers grades et emplois de médecins et pharmaciens de la réserve et de l'armée territoriale.

Il répond d'ailleurs exactement au programme des examens obligés pour être nommé ou pour monter en grade.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Chorée de Sydenham et chorée rythmique hystérique associées.

M. *Joffroy* a présenté à la Société médicale des hôpitaux (3 avril), une malade atteinte de chorée rythmée. Le bras droit fait les mouvements que l'on exécute pour cirer des chaussures. Antérieurement à cette chorée rythmée, la malade avait eu une chorée de Sydenham ordinaire, au cours de laquelle on avait constaté un frottement péricardique. La chorée rythmée succéda donc à la chorée de Sydenham, ce qui n'avait jusqu'à présent jamais été signalé.

La malade présente plusieurs stigmates d'hystérie. Sa chorée actuelle est nettement de nature hystérique. La chorée antérieure était au contraire une chorée simple. Mais dans l'association de ces deux chorées, M. Joffroy pense que la première n'a été pour rien dans le développement de la seconde. En effet, la malade était la compagne inséparable d'une autre jeune fille du service atteinte de chorée rythmée hystérique. Un troisième cas commence à se montrer dans la même salle: on pourrait donc assister à une petite épidémie de chorée rythmée hystérique.

M. *Debove* pense que chez la malade de M. Joffroy, il n'y a eu du commencement à la fin, que de l'hystérie.

Cette transformation d'une chorée généralisée en une chorée rythmée serait une nouvelle preuve de la nature hystérique de l'une et de l'autre.

M. *Féréol* demande à M. Joffroy si, dans ces cas de chorée rythmée, l'électricité produit généralement de bons résultats. Quant à lui, il a soigné une malade fort analogue à celle que présente M. Joffroy, et il obtint la brusque disparition des phénomènes avec des courants continus. La malade n'était cependant pas guérie, car les mouvements choréiques réapparurent bientôt après.

M. *Joffroy*. — L'électricité n'a très probablement aucun effet direct dans l'hystérie. Quand elle agit, c'est surtout par suggestion.

M. *Dumontpallier*. — M. Joffroy vient de faire le meilleur éloge de la théorie de la suggestion à l'état de veille. Bernheim a dit, lui aussi, que la suggestion employée seule ne réussit pas toujours; qu'elle devient au contraire très souvent efficace quand on lui associe un moyen accessoire: l'électricité, l'hydrothérapie, la métallothérapie, etc.

Traitement de la pleurésie purulente chez les enfants.

M. *Comby* présente trois observations personnelles relatives au traitement de la pleurésie purulente chez les enfants.

Dans la première, il s'agit d'un garçon de trois ans, qui, à la suite d'une broncho-pneumonie droite, présenta les symptômes d'un vaste épanchement pleural du même côté. Le liquide était étalé en lame autour du poumon congestionné, car la ponction ne donna qu'un verre de pus à peine. Le soulagement fut immédiat, mais l'amélioration de l'état général se fit un peu attendre, une bronchite généralisée ayant succédé à la ponction. La guérison survint cependant sans autre intervention.

Dans la deuxième observation, c'est un enfant de 6 ans 1/2, chez lequel une pleurésie droite avait succédé à une fluxion de poitrine; on avait déjà appliqué sept ou huit vésicatoires; et on avait fait cinq ou six ponctions évacuatrices. L'épanchement se reproduisait toujours; le liquide purulent ne contenait que le streptocoque. L'enfant ne guérissait pas; il avait des sueurs nocturnes abondantes, il maigrissait de plus en plus, ne mangeait pas. Aussi la pleurotomie fut-elle bientôt décidée et pratiquée. On la fit suivre d'un grand lavage de la plèvre avec une solution de sublimé au 1/2000, puis avec une solution de chlorure de sodium.

Malgré un abcès de la paroi et une coqueluche, la guérison complète ne se fit pas longtemps attendre.

Le troisième cas est celui d'un enfant de 4 ans, rachitique, atteint d'une pneumonie à forme cérébrale (Rilliet et Barthez) chez lequel les symptômes nerveux : convulsions, vomissements, fièvre excessive, prostration, s'étaient montrés avant l'apparition de tout signe pulmonaire. Bientôt après, cependant, étaient survenus un point douloureux dans le flanc droit, un souffle doux, sans râles, au niveau de la base droite, de la dyspnée, de la toux. On fit le diagnostic de broncho-pneumonie pseudo-lobaire.

Après la défervescence, qui ne fut pas complète, puisque le thermomètre marquait 38° et qu'il y avait 100 pulsations, l'enfant présenta des douleurs polyarticulaires, du purpura, des hémorrhagies intestinales. En même temps la matité envahissait le côté droit et tous les signes d'un épanchement apparaissaient. Deux ponctions exploratrices ne ramenèrent que quelques gouttes de pus : des grumeaux très épais bouchaient la canule de l'appareil aspirateur. L'empyème, pratiqué sous le chloroforme, donna issue à un flot de pus mélangé de grumeaux ; on fit un grand lavage au sublimé (solution au 1/2000), puis à l'eau salée. L'eau était teintée de sang provenant probablement de bourgeons charnus qui tapissaient la plèvre. Le pus contenait le streptocoque.

La fièvre tomba, et l'amélioration fut rapide, malgré quelques accidents d'intoxication (coliques, oligurie et dysurie) qui engagent à n'employer le sublimé qu'en solution plus étendue : au 1/3000 ou au 1/4000.

L'intention de M. Comby était de ne point faire d'autre lavage. Il fut amené cependant, par une légère élévation de la température, à en faire un second. Des drains avaient été fixés dans la plaie, et les pansements furent faits, aussi rarement que possible, avec du salol et de la gaze salolée. La guérison fut parfaite.

Grâce à la pleurotomie antiseptique, le pronostic de la pleurésie purulente chez les enfants est devenu de plus en plus favorable. On ne redoute plus aujourd'hui la purulence des épanchements, due presque toujours au pneumocoque ou au streptocoque. Les épanchements séro-fibrineux sont autrement redoutables, à cause de leurs relations avec la tuberculose.

Pour déterminer la ligne d'incision, M. Comby n'a tenu compte d'aucune théorie. D'après lui, l'indication est surtout fournie par les signes physiques et par la ponction. En d'autres termes, il faut ouvrir là où on est sûr de trouver du pus.

En principe, il faut faire le moins de lavages possibles ; un grand lavage antiseptique après l'opération est formellement indiqué. Le sublimé paraît être l'antiseptique de choix, mais il faut l'employer avec prudence.

M. *Debove* a été très surpris d'entendre dire que la pleurésie séro-fibrineuse est plus grave que la pleurésie purulente. C'est en effet un point admis par tous les pathologistes que le pronostic de la pleurésie purulente est plus grave.

M. *Laveran* partage l'opinion de M. Debove. D'ailleurs la pleurésie purulente est souvent tuberculeuse. A ce point de vue sa gravité est donc aussi grande que celle de la pleurésie séro-fibrineuse.

M. *Bucquoy*.— L'opinion de M. Comby est paradoxale. Certainement le pronostic de la pleurésie purulente est aujourd'hui beaucoup moins grave qu'autrefois, grâce à la pleurotomie antiseptique. Mais la menace d'une tuberculose n'en subsiste pas moins. En outre, c'est encore un paradoxe de dire que les pleurésies séreuses sont toujours tuberculeuses ; il en est un très grand nombre qui guérissent parfaitement, sans tuberculose ultérieure.

M. *Netter*. — Le pronostic immédiat est plus favorable dans la pleurésie séreuse. Quant au pronostic éloigné, si on en excepte les pleurésies purulentes de nature tuberculeuse, les épanchements purulents sont moins inquiétants que les épanchements séreux. En effet, les inoculations aux animaux du liquide séro-fibrineux les rendent souvent tuberculeux, ce qui n'arrive point dans les inoculations avec le liquide purulent.

M. *Comby* a voulu parler seulement des épanchements métapneumoniques, des pleurésies à pneumocoques, à streptocoques, à staphylocoques. Il est évident que les épanchements purulents de nature tuberculeuse sont plus graves que les épanchements séro-fibrineux. Mais, les pleurésies purulentes tuberculeuses exceptées, il vaut mieux avoir une pleurésie purulente de n'importe quelle nature qu'une pleurésie séro-fibrineuse, qui est une menace constante de tuberculose. Ce qu'a dit M. Netter sur l'inoculation aux animaux vient confirmer cette opinion.

Présence de la tuberculine dans les exsudats tuberculeux.

M. *Debove*.— Dans deux cas de péritonite tuberculeuse avec épanchement, traités par l'injection intra-péritonéale d'une solution boriquée, la température monta le jour de l'opération à 40°, et l'état général fut très grave jusqu'au lendemain, où tous les symptômes inquiétants disparurent.

Cette poussée fébrile et de tels accidents généraux n'étaient dus ni à une poussée de péritonite, ni à une substance aussi peu active que l'acide borique. On peut donc supposer que l'injection intra-péritonéale a déterminé une irritation légère du péritoine, et qu'à la faveur de cette irritation une certaine quantité de l'exsudat a été résorbé. Cette résorption serait la cause des accidents, ceux-ci étant fort analogues à ceux que produit l'injection de la lymphe de Koch. En d'autres termes, l'exsudat péritonéal ne serait autre chose qu'un liquide de culture bacillaire susceptible de produire des symptômes analogues à ceux obtenus par le liquide des cultures faites *in-vitro*.

Pour vérifier cette hypothèse, il n'y avait qu'à rechercher si « la lymphe péritonéale » provoquerait une réaction chez les tuberculeux, et chez les tuberculeux seulement.

C'est ce qu'a fait M. Debove. Cinq centimètres cubes de liquide ascitique tirés par ponction de l'abdomen d'un malade, soigneusement filtrés au filtre Pasteur pour éviter la tuberculose locale, furent injectés sous la peau de la cuisse d'un tuberculeux ; six heures après, la température dépassait 39° alors qu'elle atteignait à peine 38° les jours précédents. Une nouvelle injection pratiquée quelques jours plus tard provoqua les mêmes phénomènes.

M. Debove fit alors ces mêmes injections dans un cas de cancer avancé de l'estomac et chez une

personne bien portante. 8 cc. de liquide produisirent une élévation de cinq dixièmes de degré seulement.

Enfin chez un jeune tuberculeux, atteint en outre d'un lupus ulcéré de la face, une injection de 10 cm. c. amena une élévation de température à 39°, et en même temps, du côté du lupus, des phénomènes de congestion et d'exsudation abondante au niveau des points ulcérés.

Une seconde injection de 20 c. c., puis une troisième de 30 c. c., amenèrent encore un léger mouvement fébrile, mais peu de réaction locale.

Ces recherches paraissent donc démontrer que les exsudats de l'organisme chez les tuberculeux contiennent des produits analogues à ceux que Koch a désignés sous le nom de tuberculine, et agissant d'une façon identique.

HYGIÈNE ET POLICE SANITAIRE

Prophylaxie de l'ophthalmie des nouveau-nés

Le 25 février 1891, le Dr Dehenne communiquait à la Société de Médecine publique un mémoire sur *la prophylaxie de la cécité par ophtalmie des nouveau-nés.*

On sait, en effet, les ravages considérables occasionnés, malgré les progrès de l'hygiène infantile et maternelle, par cette variété d'ophthalmie. Sur 100 aveugles, 45 au moins le sont par le fait de cette horrible affection, et sur 100 enfants atteints au moment de la naissance, 35 ou 40 restent irrémédiablement aveugles. A Paris, l'ophthalmie purulente fait relativement peu de ravages. Les instructions si précises des Docteurs Tarnier, Budin et Pinard, et les précautions multipliées que prennent aujourd'hui les accoucheurs, nous expliquent pourquoi cette affection est devenue relativement rare. Sitôt son éclosion, elle est rapidement conjurée, et l'on peut dire que même dans les quartiers pauvres de la capitale, elle n'est plus, comme jadis, une cause de cécité aussi commune. Les sages-femmes de Paris, sauf certaines à qui les lois de l'antisepsie puerpérale sont encore inconnues, n'hésitent pas à intervenir et à user de leur influence pour faire conduire immédiatement les enfants malades aux cliniques spéciales.

Mais en province, et surtout dans les campagnes, l'ophthalmie est considérée comme maladie négligeable ; aussi n'est-il pas rare de voir autour de soi un grand nombre d'enfants à cornées opacifiées, staphylomateuses, atrophiées, par le fait d'une ophthalmie purulente négligée.

Il y a longtemps déjà que maints ophthalmologistes ont élevé la voix pour supplier les pouvoir publics de prendre sérieusement en mains l'intérêt de ces pauvres enfants, à jamais condamnés à la cécité par le fait d'une négligence coupable et d'une instruction incomplète.

En 1881, Fieuzal et Galezowski portent cette question devant la Société de médecine publique. En même temps, Tersan à Toulouse, Brière au Havre, luttent à l'envi pour appeler l'attention de l'hygiène officielle sur les ravages de l'ophthalmie. Partout à l'étranger, en Prusse, en Autriche, en Hongrie, en Belgique, les travaux abondent qui réclament l'intervention des pouvoirs publics, et presque partout, nous devons le reconnaître, les gouvernements ont tenu à honneur de prêter leur concours aux hygiénistes. Dernièrement, à la *Société de Médecine du Nord*, M. de Lapersonne étudiait, dans un remarquable rapport, la question de l'ophthalmie des nouveau-nés et apportait du même coup une large coutribution à l'étude des mesures qu'il convient de prendre pour limiter l'infection.

A l'heure présente, trois points sont incontestables, et c'est sur ces trois points qu'il convient de localiser tous les efforts afin qu'ils soient définitivement connus et acquis par tous ceux qui ont charge de l'hygiène infantile. Les voici :

1° Toute ophthalmie purulente des nouveau-nés est une affection grave, et qui doit, sitôt son apparition, être soignée comme telle.

2° Les moyens prophylactiques employés avant la naissance (désinfection du vagin de la mère) et immédiatement après la naissance (désinfection des yeux du nouveau-né) restreignent considérablement les cas d'ophthalmie purulente.

Toute ophthalmie bien soignée, et soignée aussitôt que possible, doit guérir.

Le Dr Dehenne conseille donc à la suite de l'Académie de Médecine :

1° des injections vaginales antiseptiques suivant la formule que tout le monde connaît, et qui est la suivante :

Sublimé....................	0.25 centigr.
Acide tartrique............	1 gramme
Eau........................	1 litre.

2° Des lavages sur la face et les yeux chez tous les enfants suspects, immédiatement après leur naissance, avec un tampon de coton hydrophile antiseptique trempé dans une solution de sublimé au 1/2000. — Voilà pour le côté prophylaxique.

— Du reste, on admet aujourd'hui que l'antisepsie rigoureuse et absolue de la mère, suivant la méthode de Credé, est le moyen le plus sûr de prévenir cette horrible maladie. — Les dernières statistiques ont en effet démontré que par cette méthode les ophthalmies ont été réduites de 8/10 dans toutes les crèches et maternités où elle a été employée.

L'ophthalmie déclarée, M. Dehenne nous expose son traitement.

Application permanente sur les paupières gonflées de coton hydrophile antiseptique imbibé d'eau glacée entretenue au moyen de petits morceaux de glace.

Lorsque le gonflement a disparu, on supprime l'eau glacée et toutes les heures, sauf la nuit, on écarte les paupières et avec du coton toujours imbibé de sublimé, on déterge de son pus la muqueuse oculaire.

Enfin, comme instillations directes à faire dans l'œil, il préconise matin et soir, 4 à 5 gouttes d'un collyre au *sulfate neutre d'ésérine*, à 10 centigrammes pour 20 grammes, et comme complément, il retourne une fois le jour, les paupières malades, et passe sur elles un pinceau imbibé d'une solution au *nitrate d'argent* à 0 gr. 50 centigr. pour 25 grammes.

Cette thérapeutique, un peu spéciale, il faut bien l'avouer, est vivement attaquée par le Dr Despagnet, qui, dans cette même séance de la Société de Médecine publique, déclare ne point partager les conclusions de l'auteur.

Comme lui, il admet la nécessité de la prophylaxie et voit dans l'antisepsie bien faite des parties génitales de la mère les meilleures garanties con-

tre l'affection purulente. Mais il ne comprend pas quels avantages pourrait donner l'ésérine, s'il n'y a pas menace de perforation cornéenne ou infiltration, alors que l'ophthalmie au début se localise dans la conjonctive injectée ; il ne voit pas non plus ce que peuvent produire des applications constantes de glace sur les paupières contre le gonflement, mais il voit plutôt les dangers d'érythèmes, de brûlures, de douleurs vives qu'amènerait fatalement la prolongation du froid sur une peau aussi délicate que celle des paupières du nouveau-né.

Avec la plupart des oculistes, il fait simplement, 2 fois le jour, la cautérisation des conjonctives à l'aide du pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent au 1/40 dont on neutralise l'excès avec une solution saturée de chlorure de sodium. De cette façon, toute ophthalmie prise à temps guérit à coup sûr, et la perforation de la cornée n'est jamais à redouter.

Quant aux moyens administratifs que l'hygiène publique devrait mettre en mouvement pour la prophylaxie de cette affection, le Dr Dehenne propose, comme le Dr Brière, du Havre, l'a fait avant lui, de remettre à toute personne venant faire une déclaration de naissance, une note imprimée précisant les soins à donner à tout enfant affligé d'ophthalmie purulente.

Mais êtes-vous bien sûr, mon cher confrère, que la personne venue pour la déclaration de naissance lira cette feuille volante ? Croyez-vous que celle-ci lue, sera comprise, et que, comprise, elle sera mise en pratique ? — Si le médecin n'est pas appelé, et c'est là le cas le plus fréquent, je crains fort que rien ne soit fait ni tenté pour sauver les yeux de l'enfant.

Pour moi, le mieux serait d'enseigner aux sages-femmes à donner les premiers soins en cas d'ophthalmie.

Complétez leur instruction sur l'antisepsie ; donnez-leur l'habitude de faire des lavages rigoureux avant l'accouchement et, si l'ophthalmie survient ou a éclaté en l'absence de soins prophylactiques, qu'elles n'hésitent pas à intervenir tout d'abord, en attendant l'arrivée du médecin, qui dans les campagnes sera rarement consulté pour une affection dont on ne comprend pas la gravité.

Dr Morice (de Néris),
Membre de la Société de Médecine publique de Paris.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Discussion du projet de loi relatif à l'exercice de la médecine.

(Suite).

M. le rapporteur. — Messieurs, je n'ai qu'un mot à dire, qui donnera peut-être satisfaction à notre honorable collègue. Nous ne faisons pas une seconde loi de ventôse ; nous avons pris la disposition de l'article 29 de cette loi, aux termes de laquelle les officiers de santé, lorsqu'ils ont à faire ce qu'on appelle une grande opération, doivent se faire assister par un docteur. Cela revient à dire qu'il serait très imprudent qu'un officier de santé, même à l'heure actuelle, ne se fît pas assister d'un docteur dans un cas grave, à moins qu'il n'y ait urgence. Notre honorable collègue m'avait proposé, au début de la séance, de remplacer le mot « resteront » par le mot « seront ». Il ne s'agit pas, en effet, ici, d'une reproduction textuelle de l'article 29 et dès lors l'expression « resteront » est peut-être impropre ; la commission accepte très volontiers de la remplacer par le mot « seront ». (*Très bien ! très bien !*).

Quant à savoir qui aura le rôle principal, si ce sera l'officier de santé ou le docteur qui fera la grande opération, c'est une question à résoudre entre confrères ; c'est à ceux qui seront là de savoir comment l'opération doit être conduite et par qui elle devra être pratiquée. (*Très bien ! très bien ! — Aux voix !*)

M. le président. — M. Isambard avait proposé un amendement.

M. Isambard. — Je le retire, monsieur le président. La nouvelle rédaction de la commission me donne satisfaction.

M. le président. — Je mets alors aux voix l'article 2, que la commission propose de rédiger ainsi :

« Art. 2. Toutefois les officiers de santé reçus antérieurement à la présente loi, et ceux reçus dans les conditions déterminées par l'article 4 ci-après, auront le droit d'exercer la médecine sur le territoire de la République. Ils seront soumis à l'obligation de se faire assister par un docteur en médecine, hormis le cas d'urgence, dans les grandes opérations chirurgicales et obstétricales.

« Un règlement d'administration publique en dressera la liste. » L'article 2 est mis aux voix et adopté.)

M. le président. — « Art. 3. — Le diplôme de docteur en médecine sera décerné à tout officier de santé qui, après trois ans d'exercice de sa profession de médecin, aura subi avec succès, devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'État, deux examens, dont les programmes seront arrêtés par le conseil supérieur de l'instruction publique, et soutenu une thèse. » La parole est à M. Isambard, qui a déposé un amendement sur cet article. (*Exclamations.*)

M. Isambard. — Messieurs, mes explications seront fort courtes. Je reprends l'article 12 du projet du Gouvernement, qui est ainsi conçu : « Un règlement délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles un officier de santé pourra obtenir le grade de docteur en médecine. » Au contraire, la commission propose de décerner le diplôme du docteur en médecine à tout officier de santé qui, après trois ans d'exercice de sa profession de médecin, aura subi avec succès deux examens et soutenu une thèse.

M. Armand Després. — Ce qui est absolument inutile !

M. Isambard. — Je demande pourquoi deux examens, alors qu'on laisse au conseil supérieur le soin de régler les programmes ; pourquoi la thèse, qui ne signifie rien ; pourquoi exiger des officiers de santé trois ans de pratique, s'ils sont capables au bout de six mois ? Dans tous les cas, si mon amendement n'est pas accepté, je demande à la commission de vouloir bien rectifier son texte et dire que le diplôme de docteur en médecine sera « délivré » et non « décerné ». (*Très bien ! très bien ! sur divers bancs.*)

M. le rapporteur. — Messieurs, la commission regrette que notre honorable collègue n'ait pas présenté plus tôt ses amendements ; ils ont certainement une portée considérable, surtout quand il reprend le projet du Gouvernement. En ce qui concerne la rédaction, nous déclarons accepter volontiers que le mot « délivré » remplace le mot « décerné », à propos du diplôme. Mais voici en quoi le texte de la commission diffère de celui du Gouvernement. Il existe déjà

des dispositions transitoires, établies par un décret de 1878, je crois, à la faveur desquelles les officiers de santé peuvent obtenir le grade de docteur; pour cela on exige d'eux qu'ils présentent l'un des deux diplômes exigés de l'aspirant aux études médicales, le diplôme de bachelier ès lettres ou celui de bachelier ès sciences. On veut, pour ainsi dire, les récompenser de l'effort qu'ils ont fait pour se rapprocher le plus possible des conditions ordinairement requises. Mais alors, quand ils sont autorisés à venir devant la Faculté de médecine, après cinq ans d'exercice, on les oblige à passer tous les examens pour le doctorat, c'est-à-dire qu'on ne tient aucun compte de la valeur scientifique de leur diplôme d'officier de santé, en vertu duquel ils ont exercé pendant cinq, six, huit ou dix années. Cela nous paraît excessif.

Nous posons au Gouvernement le dilemme suivant: ou le diplôme d'officier de santé a une valeur ou il n'en a pas; s'il n'en a pas, pourquoi le décernez-vous? s'il en a une — et vous le reconnaissez, puisque vous autorisez, sur la production de ce diplôme, l'exercice de la médecine — pourquoi n'en tenir aucun compte à l'officier de santé qui veut arriver au grade de docteur? Cet officier de santé vous apporte la preuve non seulement qu'il a subi des examens, mais qu'il est en possession de connaissances médicales sérieuses; il vous donne, en outre, une garantie nouvelle, puisque le décret de 1878 veut qu'il ait exercé pendant cinq ans.

Notre honorable collègue disait tout à l'heure qu'il importe peu que l'officier de santé ait exercé pendant cinq ans ou pendant six mois. Je trouve que cela importe beaucoup. J'ai une garantie beaucoup plus grande quand je sais que l'officier de santé a quitté depuis longtemps les bancs de l'école, qu'il est rompu à la pratique, qu'il a soigné beaucoup de malades. *Experientia docet* ! l'expérience instruit, surtout ceux qui sont attentifs à tous les cas qui leur sont soumis, et qui oserait dire qu'il en soit autrement?

Je voudrais qu'on pût décerner le titre de docteur aux officiers de santé qui se présenteraient dans les conditions que la commission a établies. Notre but est évident: nous voulons arriver le plus vite possible à réaliser la fusion des médecins dans un seul ordre, le doctorat. Nous dirons, avec la loi nouvelle, aux officiers de santé qui réunissent les conditions requises: Allez devant une Faculté, passez-y au moins deux examens et soutenez-y une thèse, puisque thèse il y a; ce n'est pas nous, commission, qui avons inventé la thèse, et il ne nous appartient pas de dire ce qu'elle vaut ou ce qu'elle ne vaut pas; mais comme, pour devenir docteur en médecine, il faut soutenir une thèse, soutenez-la comme tous ceux qui veulent obtenir ce titre.

Nous avons eu soin de convoquer l'honorable doyen de la Faculté de médecine de Paris, qui a une très grande autorité dans les questions de cet ordre, et nous lui avons demandé s'il était disposé à proposer qu'on ne se départisse pas de toute la rigueur déployée à l'égard de ceux qui veulent profiter du décret de 1878 pour obtenir le titre de docteur, c'est-à-dire à imposer aux officiers de santé l'obligation de passer tous les examens pour le doctorat sans exception, ou bien s'il se contenterait, pour tenir compte des connaissances pratiques qu'ils ont pu acquérir, de leur demander deux examens. Nous avons, nous a répondu l'honorable M. Brouardel, l'intention de faire subir à ces officiers de santé quatre examens, c'est-à-dire de les dispenser uniquement du premier, qui porte sur les sciences accessoires de la médecine. Cela revenait à dire qu'on ne tiendrait nul compte du premier diplôme. Jamais assurément il ne fut plus sévèrement condamné. Il nous a paru qu'il y avait là quelque chose d'excessif, qu'il était bien difficile d'interroger des praticiens sur ce que l'on apprend sur les bancs de l'École, douze ou quinze ans après les avoir quittés. Je suis convaincu que les docteurs les plus émérites, s'ils étaient appelés demain à passer les examens qu'ils ont autrefois subis avec succès, leur accordât-on même deux ou trois mois pour se préparer, se trouveraient fort embarrassés. Comment voulez-vous exiger que des médecins dont tout le temps est mis au service de leur clientèle, qui disposent de très peu de temps pour s'occuper des questions doctrinales, se remettent à apprendre par le menu toutes les connaissances anatomiques et puissent répondre aux questions comme s'ils sortaient de la salle de dissection? Demandez-leur de la thérapeutique tant que vous voudrez; assurez-vous de leurs connaissances cliniques; puisqu'ils ne sont pas soumis aux examens de médecine légale et que, munis du titre de docteur, ils peuvent être appelés par la justice à faire des levées de cadavres et des autopsies à titre d'experts; mais ne venez pas, je vous en conjure, exiger d'eux des connaissances théoriques qui ne peuvent plus être présentes à leur esprit. (*Aux voix! Aux voix!*)

M. LE PRÉSIDENT. — M. Isambard demande par voie d'amendement que la Chambre substitue l'article 12 du projet du Gouvernement à l'article 3 du projet de la commission.

M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — M. le ministre a la parole.

M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Messieurs, je désire appuyer d'un mot la proposition de l'honorable M. Isambard, qui reprend, en somme, le projet du Gouvernement. Mais, en l'appuyant, je fais une déclaration qui donnera, je crois, toute satisfaction à la commission. Le projet du Gouvernement disait:

« Un règlement délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles un officier de santé pourra obtenir le grade de docteur en médecine. » Le projet de la commission a voulu intercaler dans la loi l'énumération des épreuves qui devront être subies. J'aperçois, pour mon compte, des inconvénients à ce que, dans la loi, on indique les conditions dans lesquelles certains examens doivent être passés. (*Très bien! Très bien!*)

Ce n'est pas là affaire législative, mais affaire de réglementation. Vous comprenez l'importance de l'objection. Si, par exemple, en ce qui touche la médecine, on avait au moment de la loi de ventôse intercalé les conditions dans lesquelles les examens médicaux devaient être subis, voilà quatre-vingt-dix ans que nous en serions au régime de la loi de ventôse. Je comprends très bien que la commission désire quelques garanties...

M. LE RAPPORTEUR. — Pardon, monsieur le ministre, la loi de ventôse énumère des conditions d'étude.

M. LE MINISTRE. — Oui! mais pas des conditions d'examen.

La commission a voulu que le Gouvernement lui donnât surtout la garantie que trois ans d'exercice seraient exigés des officiers de santé qui voudraient avoir le doctorat de médecine, et qu'ils ne seraient pas astreints à la totalité des examens exigés des docteurs. Sur ces deux points le Gouvernement n'a

aucune hésitation. Il déclare que le règlement qu'il proposera au conseil supérieur pour l'application de la loi comprendra ces deux conditions. Je crois qu'après la déclaration très nette du Gouvernement la commission peut se rallier à l'amendement de M. Isambard qui est la reproduction de notre ancien texte. (*Très bien! très bien!*)

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets aux voix l'amendement de M. Isambard. Il consiste, comme je l'ai dit, à reprendre l'article 12 du projet du Gouvernement.

M. LE RAPPORTEUR. — Après les explications que vient de donner M. le ministre de l'instruction publique, la commission accepte l'amendement, qui est l'article 12 du projet du Gouvernement.

M. LE PRÉSIDENT. — Cet article 12 du projet du Gouvernement deviendrait l'article 3 du projet de la commission. Il est ainsi conçu : « Un règlement délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles un officier de santé pourra obtenir le grade de docteur en médecine. »

Je le mets aux voix. (L'article 3, mis aux voix, est adopté.)

« Art. 4. Les élèves qui, au moment de la promulgation de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'officiat de santé, pourront continuer leurs études médicales suivant les règles précédemment en vigueur, et obtenir le diplôme d'officier de santé. » — (Adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. « Art. 5. — L'exercice de la profession de dentiste est interdit à toute personne qui n'est pas munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé ou de dentiste délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat et suivant un règlement d'études délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique. » M. Isambard, par voie d'amendement, demande la suppression de cet article. Je lui donne la parole.

M. ISAMBARD. — Messieurs, je vous demande par mon amendement de supprimer les articles 5 et 6 qui sont relatifs à la profession de dentiste. La profession de dentiste est libre ; s'il faut la réglementer, il me semble que ce n'est pas dans une loi organique sur l'exercice de la médecine qu'il faut introduire cette réglementation. L'importance de la profession de dentiste n'est pas comparable, au point de vue social, à celle du médecin. Les intérêts qui existent entre un dentiste et son client sont des intérêts absolument particuliers. D'un autre côté, les motifs qu'on fait valoir pour réglementer la profession de dentiste pourraient être invoqués pour réglementer d'autres professions qui touchent à l'exercice de la médecine.

Au centre. — Celles de pédicure, de masseur! (*On rit.*)

M. ISAMBARD. — Les pédicures, en effet, font la chirurgie du pied comme les dentistes font la chirurgie dentaire.

D'ailleurs, pour être dentiste, il ne faut pas principalement être chirurgien, il n'est pas besoin d'avoir fait de longues études d'anatomie, de physiologie et de pathologie, il faut surtout être mécanicien. On fait de la prothèse dentaire beaucoup plus que des opérations chirurgicales quand on exerce la profession de dentiste.

Pour ces raisons, — et puisque mon amendement n'est soumis qu'à la prise en considération, je ne le développe que sommairement ;— je vous demande de supprimer les articles 5 et 6 de la loi. J'avais demandé, pour le cas où je n'obtiendrais pas la suppression, qu'on remplaçât les mots « établissements d'enseignement supérieur médical de l'Etat » par ceux-ci : « établissements d'enseignement médical de l'Etat. » Les déclarations qui ont été apportées par M. le ministre de l'instruction publique en faveur des écoles secondaires me font abandonner cette partie de mon amendement. Mais, si la profession de dentiste est réglementée par la loi, je demande qu'on remplace le diplôme par un brevet ; il n'est pas nécessaire de donner à un dentiste un diplôme quand un simple brevet peut suffire. (*Très bien! sur divers bancs.*)

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le commissaire du gouvernement.

M. BROUARDEL, *commissaire du Gouvernement.* — Messieurs, je vous demande la permission de vous exposer quelles sont les raisons pour lesquelles le Gouvernement a proposé l'article en discussion, qui a été adopté par la commission. La profession de dentiste n'est plus du tout ce qu'elle était il y a vingt ans. La France est restée sur ce point très longtemps en retard.

Nous avons été instruits par l'étranger, qui nous a appris ce que devait être la profession de dentiste. Il y a pour l'exercice de cette profession toute une éducation particulière à faire. Elle a été tentée surtout par deux écoles dentaires de Paris qui nous ont montré comment on devait considérer l'enseignement de l'art dentaire. Ce ne sont pas seulement ces tentatives individuelles, mais même les nombreux accidents survenus, qui prouvent combien sont considérables les transformations subies par l'art dentaire. Il n'y a presque plus de dentiste, je ne dirai pas dans les toutes petites villes, mais dans les villes de 5,000 à 10,000 habitants, qui ne chloroformise ou ne se serve de la cocaïne ainsi que de l'arsenic pour bourrer les dents ; qui, en un mot, ne manipule des substances qui peuvent donner la mort. Pour ma part, j'ai été mêlé à nombre d'expertises à propos d'accidents consécutifs à l'emploi du chloroforme par des personnes qui n'avaient aucun droit de s'en servir. Il y a quelques jours encore, un de mes élèves, M. Richardière, citait 60 accidents survenus à la suite d'injections de cocaïne faites par des dentistes. Il y a eu des accidents mortels, d'autres très graves se sont produits ; certaines personnes ont été malades et un avocat, très connu au palais, a passé trois mois sans pouvoir se livrer à aucun travail. Quand une profession a pris d'aussi grands développements et qu'elle manie des substances aussi dangereuses, il serait imprudent de la laisser aux mains du premier venu. (*Marques d'assentiment.*)

Pour ma part, je pourrais citer le cas de ce dentiste qui, à sa mort, a eu son domestique pour successeur. (*On rit.*) Il est évident que les conditions d'exercice de cette profession se sont modifiées ; il faut donc que les conditions d'instruction le soient également. Je demande à la Chambre de maintenir le brevet, car je ne vois pas de difficulté à appeler brevet ce diplôme particulier. Il y a là une organisation très simple à constituer et à organiser : nous en avons les éléments dans les écoles libres dentaires ; je crois qu'il serait sage de continuer et de prendre exemple sur l'initiative privée. (*Applaudissements.*)

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Isambard. (*Exclamations.*)

M. ISAMBARD. — Messieurs, je n'en ai pas pour longtemps. On invoque, pour réglementer la profession de dentiste, l'anesthésie ; or, par le projet de la commission, on interdit aux dentistes le droit de

pratiquer l'anesthésie sans l'assistance d'un docteur en médecine.

M. LE COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. — Ceux qui auront obtenu le brevet pourront anesthésier, d'après le projet du Gouvernement.

M. ISAMBARD. — Mais c'est le projet de la commission qui est en discussion!

M. LE COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. — Nous maintenons le projet du Gouvernement.

M. ISAMBARD. — Il faudrait cependant se mettre d'accord. On réglemente la profession de dentiste, on donne un diplôme aux dentistes, et on leur refuse le droit de pratiquer l'anesthésie! J'accepte qu'on réglemente la profession de dentiste, bien qu'à mon avis on ne doive pas le faire dans une loi sur la médecine. Dans tous les cas, s'il faut la présence d'un docteur en médecine pour qu'un dentiste puisse pratiquer l'anesthésie, on fait de la suppression de la douleur le privilège de ceux qui sont favorisés par la fortune, puisque ceux qui n'auront pas la bourse assez garnie pour se payer le luxe de la présence d'un médecin devront souffrir quand on leur fera des opérations dentaires. Ce n'est pas tout à fait démocratique. (*Bruit.*)

M. LE PRÉSIDENT. — Il n'y a, messieurs, en discussion, que l'article 5. Tout à l'heure la discussion s'établira sur l'article 6, qui règle les conditions dans lesquelles devra s'exercer la profession de dentiste. M. Isambard demande la suppression de l'article 5. Je mets aux voix cet amendement. (L'amendement, mis aux voix, n'est pas adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. — Subsidiairement, M. Isambard propose, l'article étant maintenu, de mettre « brevet » de dentiste au lieu de « diplôme ».

Un membre à gauche.— Pourquoi cette substitution?

M. ISAMBARD. — Parce que le diplôme est un titre universitaire et que les docteurs en médecine sont bacheliers.

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets aux voix l'amendement de M. Isambard.

M. DELLESTABLE. — La commission accepte l'amendement.

M. LE PRÉSIDENT. — L'amendement de M. Isambard étant accepté par la commission, voici comment serait rédigé l'article 5: « L'exercice de la profession de dentiste est interdit à toute personne qui n'est pas munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé ou d'un brevet de dentiste, délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'État et suivant un règlement d'études délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique. » Je mets aux voix l'article 5 ainsi rédigé. (L'article 5 ainsi rédigé, mis aux voix, est adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. « Art. 6. — Le droit d'exercer la profession de dentiste est, par disposition transitoire, maintenu à tout dentiste, quelle que soit sa nationalité, justifiant par la production de sa patente d'une année d'exercice au jour de la promulgation de la présente loi. En aucun cas, les dentistes n'auront, à l'avenir, le droit de pratiquer l'anesthésie générale ou locale sans l'assistance d'un docteur en médecine, à moins qu'ils ne soient en possession de ce titre. » M. le commissaire du Gouvernement demande la parole sur cet article.

M. LE RAPPORTEUR. — Je ferai observer que la commission a supprimé le mot « locale ».

M. LE PRÉSIDENT. — Cette suppression n'est pas faite sur le texte qui a été remis à la présidence.

M. LE RAPPORTEUR. — C'est précisément pour cela que je tenais à faire cette observation.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le commissaire du Gouvernement.

M. LE COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. — Voici la différence entre les deux rédactions. Elle est très simple. Dans son projet, le Gouvernement demandait que les dentistes qui exercent actuellement et qui n'ont reçu aucune éducation particulière, soit pour pratiquer l'anesthésie générale, soit pour faire des injections de cocaïne ou d'autres poisons dans les gencives, que ceux, dis-je, qui exercent actuellement ne puissent pas se livrer à cette pratique sans être assistés d'un médecin ou que cela leur soit défendu. Mais le Gouvernement pense qu'il y a avantage à ce que, lorsque les dentistes auront reçu cette éducation spéciale qui se terminera par l'obtention d'un brevet, ils puissent accomplir tous les actes de leur profession sans surveillance. Il nous paraît difficile de le leur interdire, puisque nous avons demandé qu'on leur donne l'instruction qui les mette à même d'exercer seuls. (*Très bien! très bien!*)

C'est pourquoi le premier paragraphe de l'article que le Gouvernement avait proposé est identique à celui de la commission; mais le second paragraphe est ainsi conçu: « Cette tolérance ne donne en aucun cas, aux dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent, le droit de pratiquer l'anesthésie », c'est-à-dire que ce droit ne sera pas reconnu à ceux qui continueront à exercer parce qu'ils sont actuellement en possession du titre de dentiste. (*Très bien! très bien!*)

M. LE RAPPORTEUR. — Je n'ai, messieurs, qu'une simple observation à présenter. Nous sommes d'accord sur la rédaction du premier paragraphe de l'article 6. La seule différence qui existe entre le projet du Gouvernement et la proposition de la commission porte sur la suppression, que cette dernière a proposée, au dernier moment, des catégories parmi les dentistes qui vont être soumis à la loi actuelle. Puisque l'article précédent a été voté, nous voudrions qu'on ne descendît pas dans les espèces et que la loi fût la même pour les dentistes d'hier et pour ceux de demain, et que l'on concédât aux uns et aux autres les mêmes droits. J'estime qu'il y a des inconvénients assez sérieux à les traiter différemment. La loi atteindra demain des dentistes jouissant d'une grande réputation. Par ce fait seul qu'ils se refuseront à se présenter devant une commission d'examen, malgré l'expérience qu'ils ont acquise depuis plusieurs années, ils seront privés du droit de pratiquer l'anesthésie, locale ou générale, sans l'assistance d'un docteur, alors que de jeunes dentistes inexpérimentés auront ce droit qui leur donnera un avantage sur leurs confrères.

Je crains que ce ne soit abusif. Les clients qui iront chez le dentiste voudront profiter autant que possible de cette heureuse découverte de l'anesthésie: ce n'est pas une chose agréable que de se faire arracher une dent, c'est même quelquefois très douloureux.

M. JUMEL. — Guérissez, n'arrachez pas! (*On rit.*)

M. LE RAPPORTEUR. — Si, pour avoir le bénéfice de l'anesthésie, il faut à la fois payer d'abord le dentiste qui fait l'extraction de la dent, puis payer le docteur qui viendra assister l'opérateur, afin que nul danger ne puisse résulter de l'anesthésie, je crois que beaucoup de gens hésiteront avant d'aller chez le dentiste; vous ferez de l'anesthésie une prérogative pour les riches, et vous condamnerez les pauvres à la douleur. Cela est peu démocratique. Eh

bien ! nous voulons qu'on fasse à tous ceux qui souffrent les mêmes conditions, qu'ils aillent chez un dentiste d'hier ou chez un dentiste de demain. Nous réclamons donc que tous les dentistes puissent pratiquer l'anesthésie locale.

M. LE PRÉSIDENT. — Je reçois un amendement nouveau sur le même article, signé de MM. Déroulède, Paulin-Méry et Castelin. Il est ainsi conçu : Au lieu de dire « quelle que soit sa nationalité », dire : de nationalité française ».

La parole est à M. Déroulède.

M. Paul DEROULÈDE. — Messieurs, me rangeant à l'opinion tout à l'heure émise par le savant Dr Brouardel qui vous a dit que la place de Paris est inondée de dentistes étrangers, je pense que la faveur ou la tolérance que vous accordez aux praticiens non munis de diplôme ne doit pas s'étendre à ceux d'entre eux qui ne sont pas de nationalité française.

J'ajoute que puisque, selon le docteur Brouardel, notre école dentaire nous a déjà fourni de nombreux dentistes, le fait de retirer aux étrangers la tolérance dont il est parlé dans le projet favorisera ces jeunes débutants. Je demande donc que nous mettions dans le texte de la loi, à la place de ces mots « quelle que soit leur nationalité », les mots suivants : « de nationalité française ». Et dans cette petite question, comme dans les plus importantes, j'invoquerai le vieil adage naguère encore répété au quartier Latin : « *Gallia Gallorum sit* », ce qui dans le cas présent pourrait très bien se traduire par cette formule : Soyons Français jusqu'aux dents ! (*Très bien ! et rires sur plusieurs bancs*).

M. LE RAPPORTEUR. — Cette proposition viendra quand la Chambre discutera l'article qui concerne les médecins étrangers.

M. PAUL DÉROULÈDE. — Ce n'est pas la même chose que le diplôme, M. le Rapporteur ; cela n'a aucun rapport. La disposition transitoire ne s'appliquerait qu'aux dentistes français ; voilà ce que je propose.

M. LE PRÉSIDENT. — La Chambre se trouve en présence de deux textes : celui du Gouvernement et celui de la Commission. Dans le texte du Gouvernement, l'amendement de M. Déroulède ne trouve point place, attendu qu'il n'y est pas fait allusion à la nationalité du dentiste.

M. PAUL DÉROULÈDE. — L'amendement peut s'appliquer aussi bien au cas où la nationalité est passée sous silence que dans le cas où il est spécifié : « quelle que soit sa nationalité ».

M. LE COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. — La Chambre veut-elle me permettre de lui faire remarquer que toutes les dispositions concernant les étrangers se trouvent insérées dans les articles suivants ? Par conséquent, si on veut introduire cet amendement, il trouvera mieux sa place au moment où l'on discutera les articles 7 et 8, concernant les élèves docteurs ou dentistes étrangers. (*Assentiment.*)

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le rapporteur.

M. LE RAPPORTEUR — Je tiens à indiquer la portée de l'amendement de M. Déroulède. M. Déroulède, par un seul mot, vient de me faire comprendre quel serait le sort réservé par son amendement aux dentistes étrangers : Ils retourneront dans leur pays, dit-il. Or, il y a en France des dentistes étrangers qui ont une clientèle importante et qui devront l'abandonner. Il me suffit de vous signaler cette conséquence pour vous faire voir l'injustice qu'entraînerait l'adoption de l'amendement de M. Déroulède. (*Très bien ! — Aux voix !*)

M. LE PRÉSIDENT. — L'amendement de M. Déroulède ne peut être soumis qu'à la prise en considération, ayant été déposé au cours de la discussion. Je consulte la Chambre. (La Chambre, consultée, ne prend pas l'amendement en considération.)

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets donc aux voix le texte de la commission, qui constitue un amendement au projet du Gouvernement. (*Interruptions.*)

M. Edouard LOCKROY. — C'est le projet du Gouvernement qui vient comme amendement.

M. LE PRÉSIDENT. — Mais non ! Le Gouvernement maintenant son projet, c'est le texte de la commission qui est l'amendement.

M. LE RAPPORTEUR. — La commission et le Gouvernement sont d'accord sur le paragraphe 1er.

L'honorable M. Brouardel accepte une année d'exercice, au lieu de deux.

M. LE PRÉSIDENT. — Je donne lecture du premier paragraphe de l'article 6 de la commission, accepté par le Gouvernement : « Le droit d'exercer la profession de dentiste est, par disposition transitoire, maintenu à tout dentiste justifiant, par la production de sa patente, d'une année d'exercice au jour de la promulgation de la présente loi. » Je mets ce paragraphe aux voix. (Le paragraphe 1er, mis aux voix, est adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. — Nous passons au second paragraphe.

M. HENRI BRISSON. — Quelle différence y a-t-il entre ces deux textes, M. le Président ?

M. LE PRÉSIDENT. — Voici le texte du Gouvernement : « Cette tolérance ne donne, dans aucun cas, aux dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent, le droit de pratiquer l'anesthésie ». Et voici celui de la commission ; « En aucun cas, les dentistes n'auront à l'avenir le droit de pratiquer l'anesthésie générale ou locale sans l'assistance d'un docteur en médecine, à moins qu'ils ne soient en possession de ce titre. »

M. HENRI BRISSON. — Si je comprends bien la différence entre les deux textes, les dentistes qui auront une année d'exercice au moment de la promulgation de la loi pourront pratiquer tout au moins sans le concours d'un docteur l'anesthésie locale, tandis que le Gouvernement ne leur accorde en aucun cas le droit de pratiquer seuls l'anesthésie soit locale, soit générale. C'est bien là le texte de la commission ? (*Marques d'assentiment sur divers bancs*).

La Chambre comprend donc bien quelle différence colossale, si j'ose dire, il y a entre le texte de la commission et le texte du Gouvernement et quelle atteinte on portera à la situation des dentistes actuellement établis si l'on adopte le texte du Gouvernement. On peut le faire, mais que ce soit en appréciant bien la portée de cet acte. (*Très bien ! très bien !*)

M. VIGER. — L'anesthésie locale est aussi dangereuse que l'anesthésie générale. (*Dénégations*).

M. Henri BRISSON. — Je ne me prononce pas sur ce point, je n'ai aucune compétence ; je tenais seulement à faire ressortir la différence des textes.

M. LE COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le commissaire du Gouvernement.

M. LE COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. — Messieurs, je vous demande pardon de revenir sur ce point, mais il est évident qu'il y a confusion. Le

Gouvernement et la commission se sont mis d'accord pour demander qu'à l'avenir les dentistes reçoivent une instruction plus grande, parce qu'il y a danger à laisser l'art de la dentisterie dans les conditions où il s'exerce actuellement et qu'il faut lui imposer des garanties nouvelles. C'est pour cela que nous avons demandé qu'on exigeât désormais des dentistes des connaissances spéciales. Pour ceux qui l'auront reçue, le Gouvernement leur reconnaît le droit d'exercer leur profession en toute liberté, puisqu'ils offriront les garanties nécessaires; la commission, au contraire, leur interdit de pratiquer l'anesthésie; on ne comprend plus pourquoi elle exige d'eux une instruction plus complète. Tel est le motif pour lequel le Gouvernement n'accepte pas le texte de la commission. Quant au second point, nous avons terminé notre article en disant :

Pour ceux qui exercent actuellement l'art de la dentisterie, ils pourront continuer à exercer, mais ils ne pourront pas pratiquer l'anesthésie, — soit générale, soit locale, nous n'avons pas fait de distinction — sans l'assistance d'un docteur.

Un membre à gauche. — Il est impossible de trancher de cette façon une question aussi grave.

M. LE COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. — Je n'ai plus qu'un mot à dire. Je peux vous affirmer que, bien que la cocaïne ne soit pas employée depuis fort longtemps, il s'est produit à Paris, à Lille et dans d'autres villes, un grand nombre d'accidents, dont quelques-uns mortels, à la suite d'injections de cocaïne. Le Gouvernement maintient donc sa rédaction et il demande à la Chambre de vouloir bien l'adopter. (*Très bien ! très bien !*)

M. LE PRÉSIDENT. — Le Gouvernement maintenant son texte, celui de la commission est donc un amendement.

Voix diverses. Mais non ! mais non !

M. DUCOUDRAY. — Ce qu'on discute, c'est le projet de la commission. C'est par conséquent le projet du Gouvernement qui est l'amendement.

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, les précédents et la théorie du droit parlementaire justifient la procédure que j'ai l'honneur de vous proposer : « L'interdiction de reprendre à titre d'amendement un projet dans lequel le Gouvernement persiste est la conséquence naturelle du principe qui veut que le projet du Gouvernement soit mis en délibération le dernier. S'il était permis de reprendre à titre d'amendement un projet maintenu par le Gouvernement, ce projet aurait nécessairement la priorité; par suite, il suffirait que le Gouvernement s'entendît avec quelques membres pour pouvoir toujours faire donner la priorité à ses projets sur ceux de la commission ou même sur les amendements individuels. Voilà la doctrine qui a toujours été mise en pratique; elle est parfaitement juste et rationnelle.

Historiquement et logiquement, il on doit être ainsi. Le projet le plus ancien est celui du Gouvernement. (*Réclamations sur un grand nombre de bancs.*) *Au banc de la commission.* Il y a des propositions antérieures émanées de l'initiative parlementaire.

M. LE PRÉSIDENT. — La Chambre est d'un autre avis... (*Oui ! Oui !*) Je maintiens que la théorie et les précédents sont d'accord pour donner la priorité au texte de la commission. Mais, puisqu'on insiste, je vais, par dérogation à l'usage et sans que cela puisse constituer un précédent, mettre aux voix le texte du Gouvernement. D'ailleurs, dans le cas présent, après les explications échangées entre l'honorable M. Brisson et M. le commissaire du Gouvernement, chacun pourra voter en pleine connaissance de cause. Il y a une demande de scrutin. Elle est signée de MM. Félix Mathé, Bérard, Maurice-Faure, Jules Lasbaysses, Germain, Guyot-Dessaigne, Labrousse, Dellestable, Louis Jourdan, Maigne, Jacquemart, Bovier-Lapierre, Valentin Abeille, Million, G. Rivet, Rathier, Merlou, René Laffon, Ducoudray, etc. Le scrutin est ouvert. (Les votes sont recueillis. — MM. les secrétaires en font le dépouillement.)

M. LE PRÉSIDENT. — Voici le résultat du dépouillement du scrutin :

Nombre des votants	498
Majorité absolue	250
Pour l'adoption	385
Contre	113

La Chambre des députés a adopté. Je mets aux voix l'ensemble de l'article 6. (L'ensemble de l'article 6, mis aux voix, est adopté.)

Voix nombreuses. — A jeudi ! à jeudi !

M. LE PRÉSIDENT. — J'entends demander le renvoi de la suite de la discussion à jeudi. (*Oui ! Oui !*) Il n'y a pas d'opposition ? La suite de la discussion est renvoyée à jeudi.

Séance du jeudi 19 Mars 1891

M. LE PRÉSIDENT. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion : 1° du projet de loi; 2° des propositions de loi de M. Edouard Lockroy, de M. Chevandier, de M. David (Alpes-Maritimes) et plusieurs de ses collègues, sur l'exercice de la médecine.

La Chambre s'est arrêtée à l'article 7.

Mais je dois l'informer que M. Piérard a présenté un article nouveau, qu'il propose d'intercaler entre l'article 6 et l'article 7 et qui est ainsi conçu :

« La dispense de brevet prévue par l'article précédent sera également accordée à ceux qui, étant présents sous les drapeaux au moment de la promulgation de la présente loi, justifieront d'au moins un an de pratique comme dentistes dans un régiment ou un hôpital militaire. »

M. CHEVANDIER, *rapporteur.* La commission et le Gouvernement acceptent l'amendement.

M. LE PRÉSIDENT. Je mets aux voix l'article nouveau proposé par M. Piérard et qui est accepté par la commission et par le Gouvernement.

(L'article, mis aux voix, est adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. Cet article prendra le numéro 7.

« Art. 8 (ancien 7). — Les sages-femmes ne pourront, à l'avenir, pratiquer l'art des accouchements qu'en vertu d'un diplôme de 1re classe délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat.

« Le droit de continuer l'exercice de leur profession est maintenu aux sages-femmes de 1re et de 2e classe, reçues en vertu des articles 30, 31, 32 de la loi du 19 ventôse an XI, ou des décrets et arrêtés ministériels ultérieurs.

« Les unes et les autres auront le droit d'exercer leur profession sur tout le territoire de la République.

M. Isambard propose, par amendement, de rédiger ainsi cet article :

« Nulle ne peut exercer l'art des accouchements si elle n'est munie d'un brevet de sage-femme délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis après deux années d'études, devant un établissement d'enseignement médical de l'Etat.

« Toutefois, les sages-femmes reçues en France antérieurement à la présente loi auront le droit d'exercer aussi leur profession sur tout le territoire de la République. »

La parole est à M. Isambard.

M. ISAMBARD. J'avais d'abord proposé un amendement tendant à la suppression de l'article 8, qui est relatif aux sages-femmes. Je désirerais laisser les sages-femmes sous l'empire de la loi de ventôse et des règlements et décrets ultérieurs. J'apprends à l'instant qu'un autre texte que celui de la commission doit être proposé par le Gouvernement. Je me rallierai à ce nouveau texte, que je ne connais pas encore, s'il me donne satisfaction. J'attendrai donc qu'il ait été produit pour développer mon amendement s'il y a lieu.

M. LE PRÉSIDENT. Je ne connais pas non plus ce texte que le Gouvernement se propose de déposer.

M. PAUL BOURGEOIS (Vendée). C'est l'article du projet du Gouvernement qui est reproduit dans le rapport.

Messieurs, la commission abandonne le texte qu'elle avait proposé et se rallie au projet du Gouvernement pour la première partie de l'article 8.

Voici en quoi consistait la divergence qui existait : la commission n'admettait qu'une seule classe de sages-femmes ; le Gouvernement maintenait deux classes, avec cette clause, contenue dans le dernier paragraphe, que les sages-femmes de 2e classe ne pourraient pas exercer dans une commune ayant plus de 10,000 âmes.

Le Gouvernement s'est mis d'accord avec la commission : il retire ce dernier paragraphe et nous acceptons les deux classes.

Voici ce qui a décidé la commission, et je donne ce détail pour satisfaire le vœu d'un certain nombre de mes amis de ce côté de la Chambre (la droite) qui se sont préoccupés de cette question : elle a craint, en maintenant une seule classe, que le recrutement des sages-femmes ne devînt difficile dans les campagnes.

Dans beaucoup de départements les conseils généraux allouent des bourses pour faciliter à certaines jeunes filles les moyens de se faire recevoir sages-femmes, et ensuite, leur examen passé, ces sages-femmes s'établissent dans les campagnes où elles rendent de grands services aux populations rurales.

Nous avons déjà fait, sur certains points, le sacrifice de nos sentiments personnels : c'est ainsi que nous avons accepté la suppression des officiers de santé, et nous accepterons par la suite l'article interdisant l'exercice illégal de la médecine. Toutefois les concessions ont des limites. Aussi, pour ce qui concerne les sages-femmes, nous nous préoccupons tous de leur recrutement ; nous avons le désir de les voir se fixer dans nos campagnes, et nous croyons servir les intérêts de ces populations rurales en maintenant les deux classes. (*Très bien ! très bien ! sur divers bancs.*)

M. LE RAPPORTEUR. Monsieur le président, j'ai une observation à présenter. Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. le rapporteur.

M. CHEVANDIER, *rapporteur*. Il est nécessaire de donner à la Chambre une explication très claire, afin qu'elle sache bien à quoi s'en tenir sur les articles qui lui sont proposés.

De l'entretien que la commission a eu avec l'honorable M. Brouardel, commissaire du Gouvernement, il est résulté que la commission a accepté la rédaction de l'article 5, c'est-à-dire qu'elle a décidé de maintenir les deux classes de sages-femmes.

De son côté, l'honorable M. Brouardel, représentant du Gouvernement, abandonne l'article 15 et accepte le second paragraphe de l'article 7 de la commission, sous réserve de l'addition au troisième paragraphe de cet article des mots « dans les conditions de la présente loi ».

J'ajoute, puisque je suis à la tribune, que l'article 7 proposé par le Gouvernement a été également abandonné. A l'heure actuelle, la Chambre est donc appelée à voter simplement sur l'article 5 du projet du Gouvernement. Elle aura ensuite à statuer sur le second paragraphe de l'article 7 du projet de la commission ; quant à l'article 7 du projet du Gouvernement, il devra disparaître.

M. LE PRÉSIDENT. Le deuxième paragraphe de l'article 7 formera-t-il un article distinct ou constituera-t-il le dernier paragraphe ?

M. LE RAPPORTEUR. Il ne formera qu'un seul article avec le texte de l'article 5 du projet du Gouvernement.

M. LE PRÉSIDENT. Monsieur Isambard, avez-vous satisfaction ?

M. ISAMBARD. Oui, monsieur le président. Je retire mon amendement.

M. LE PRÉSIDENT. L'amendement est retiré.

Je donne lecture de l'article 5 du projet du Gouvernement qui deviendra le premier paragraphe de l'article 8 de la commission.

« Les sages-femmes ne peuvent pratiquer l'art des accouchements que si elles sont munies d'un diplôme de 1re ou de 2e classe délivré par le Gouvernement français, à la suite d'examens subis devant une faculté de médecine, une école de plein exercice, ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Etat. »

Puis viendront les deux paragraphes suivants :

« Le droit de continuer l'exercice de leur profession est maintenu aux sages-femmes de 1re et de 2e classe, reçues en vertu des articles 30, 31 et 32 de la loi du 19 ventôse an XI, ou des décrets et arrêtés ministériels ultérieurs.

« Les unes et les autres auront le droit d'exercer leur profession sur tout le territoire de la République dans les conditions de la présente loi. »

Je mets aux voix l'article ainsi rédigé.

(L'article 8, nouveau, ainsi rédigé, est mis aux voix et adopté.)

« Art. 9 (ancien 8). — Il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans les cas d'accouchement laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine.

« Il leur est également interdit de prescrire des médicaments, sauf le cas prévu par le décret du 23 juin 1873 et par les décrets qui pourraient être rendus dans les mêmes conditions, après avis de l'académie de médecine.

« Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et les revaccinations varioliques. » — (Adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. « Art. 10 (ancien 9). — Les médecins reçus à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne peuvent exercer la médecine en France qu'à la condition d'avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine dans les conditions prévues à l'article 1er.

« Des dispenses pourront être accordées par le ministre, conformément à un règlement délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique. En

aucun cas, elles ne porteront sur plus de trois épreuves.

« Dès la promulgation de la présente loi, les dentistes ou sages-femmes venant de l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France ni aux colonies, s'ils n'obtiennent : les premiers le diplôme spécial prescrit par l'article 5, les seconds le diplôme voulu par l'article 8. »

Il y a sur cet article un amendement de M. David, ainsi conçu :

« Art. 10, § 1er. — A partir de la promulgation de la loi, les médecins, les dentistes et sages-femmes venant de l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France qu'à la condition d'avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, ou de sage-femme, ou le brevet de dentiste, dans les conditions prévues aux articles 1, 5, 8.

« § 2. — (Celui de la commission.)

« § 3. — Supprimé. »

M. David. La commission accepte mon amendement, monsieur le président. (*Marques d'assentiment au banc de la commission.*)

M. Brouardel, *commissaire du Gouvernement.* Le Gouvernement l'accepte également.

M. le président. L'amendement de M. David étant accepté par la commission et le Gouvernement se substitue au texte de la commission.

Je mets aux voix l'article ainsi modifié.

(L'article 10 (nouveau), ainsi modifié, est mis aux voix et adopté.)

M. le président. « Art. 11 (ancien 10). — Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée peuvent être autorisés à exercer la médecine sans avoir subi tous les examens, pendant une épidémie ou à titre de remplaçant d'un docteur en médecine ou d'un officier de santé.

Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois : elle est renouvelable dans les mêmes conditions. »

Sur cet article, il y a un amendement de M. Isambard qui ne consiste à vrai dire que dans une simple modification de rédaction.

La parole est à M. Isambard.

M. Isambard. Messieurs, mon amendement consiste simplement dans une interversion de mots, que la commission accepte, je crois.

M. Dellestable, *membre de la commission.* Oui, la commission accepte l'amendement.

M. le président. Je donne lecture de la nouvelle rédaction proposée par M. Isambard et qui semble en effet préférable à la rédaction primitive :

« Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée peuvent, sans avoir subi tous les examens, être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé. »

Cette nouvelle rédaction de l'article 11 est acceptée par la commission.

(La nouvelle rédaction de l'article 11, mise aux voix, est adoptée.)

M. le président. « Art. 12 (ancien 11). — Les étudiants étrangers, qui postulent le diplôme de docteur en médecine visé à l'article 1er de la présente loi, sont soumis aux mêmes règles de scolarité et d'examens que les étudiants français.

« Les diplômes et certificats d'études qu'ils ont obtenus à l'étranger peuvent être déclarés par les autorités compétentes équivalents aux diplômes exigés par les règlements pour l'inscription dans un établissement d'enseignement supérieur médical. »

(L'article 12 est mis aux voix et adopté.)

« Art. 13 (ancien 12). — Le grade de docteur en chirurgie est et demeure aboli. » — (Adopté.)

M. le président. Nous passons au titre II.

Dispositions générales. — Le double exercice de la médecine et de la pharmacie. — Syndicats médicaux. — Médecins experts.

« Art. 14. (ancien 13). — Les docteurs en médecine, les officiers de santé, les dentistes et les sages-femmes sont tenus, dans le délai d'un mois à partir du jour où ils ont fait élection de domicile, de faire enregistrer leur diplôme à la préfecture ou à la sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement.

« Le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du diplôme dans le même délai.

« Ceux ou celles qui, n'ayant jamais exercé ou n'exerçant plus depuis deux ans, veulent se livrer à l'exercice de leur profession, doivent également, et dans les mêmes conditions, faire enregistrer leur diplôme.

M. Isambard. Je crois qu'il serait préférable de substituer « titre » à « diplôme ». L'expression est plus générale et même plus exacte, parce que dans le projet il est question de brevets et de diplômes. (*Marques d'adhésion.*)

M. Dellestable. La commission accepte la modification.

M. le président. Je mets aux voix l'article 14 avec la modification proposée par M. Isambard.

(L'article 14, ainsi modifié, est mis aux voix et adopté.)

M. le président. « Art. 15 (ancien 14). — Il est établi chaque année, dans les départements, par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes, portant leurs noms, prénoms et leur résidence, des docteurs en médecine, des officiers de santé, des dentistes visés par les articles 5 et 6, et des sages-femmes.

« Ces listes sont affichées chaque année, dans la première quinzaine de janvier, dans toutes les communes du département. Des copies certifiées en sont transmises aux ministres de l'intérieur, de l'instruction publique et de la justice.

« La statistique du personnel médical existant en France et aux colonies est dressée tous les ans par les soins du ministre de l'intérieur. »

Sur cet article, il y a un amendement de M. Isambard, qui propose de rédiger ainsi le premier paragraphe :

« Il est établi, chaque année, dans les départements, par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes portant les noms et prénoms, la résidence, la date et les lieux de réception des médecins, des dentistes visés par les articles 5 et 6, et des sages-femmes. ».

La parole est à M. Isambard.

M. Isambard. Messieurs, actuellement les listes de médecins contiennent non seulement les noms et prénoms des médecins et leur résidence, mais encore la date et le lieu de leur réception. Je demande que la loi nouvelle maintienne également ces dernières indications.

M. Delestable. La commission accepte.

M. le président. Il y a lieu, en conséquence, de

rédiger ainsi le premier paragraphe de l'article :

« Il est établi chaque année dans les départements, par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes portant les noms et prénoms, la résidence, la date et les lieux de réception des médecins, des dentistes visés par les articles 5 et 6, et des sages-femmes. »

Le reste, comme au projet.

(L'article 15 ainsi modifié est mis aux voix et adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. « Art. 16 (ancien 15). — L'exercice simultané de la profession de médecin, de sage-femme ou de dentiste avec celle de pharmacien est interdit, même en cas de possession des diplômes conférant le droit d'exercer ces professions. Cette disposition n'a pas d'effet rétroactif.

« Toutefois, dans les localités où il n'y a pas de pharmacien, les médecins peuvent livrer des médicaments sur place et en fournir aux malades près desquels ils sont appelés et dont la résidence est éloignée de 4 kilomètres au moins de toute pharmacie, mais sans avoir d'officine ouverte.

« Dans ce cas, ils sont soumis à toutes les obligations résultant pour les pharmaciens des lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente.

« Pour satisfaire aux cas d'urgence, les médecins, même alors qu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la localité qu'ils habitent, sont autorisés à avoir chez eux certains remèdes, dont la liste sera dressée par un règlement d'administration publique, qu'ils pourront distribuer à leurs malades dans les circonstances prévues par le même règlement.

Les trois derniers paragraphes ont trait spécialement à la loi sur la pharmacie. Je crois que l'on est d'accord pour en renvoyer l'examen au moment de la discussion de cette dernière loi ?

M. LE COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. Parfaitement, monsieur le président.

M. LE PRÉSIDENT. Je me bornerai donc à mettre aux voix le premier paragraphe.

M. ISAMBARD. Je demande que l'on substitue également ici le mot « titres » au mot « diplômes ».

M. DELLESTABLE. La commission accepte l'amendement.

M. LE PRÉSIDENT. Je mets aux voix le paragraphe formant l'article 16, avec la modification proposée par M. Isambard.

(L'article 16 ainsi modifié est mis aux voix et adopté.)

« Art. 17 (ancien 16). — L'action des docteurs en médecine, des officiers de santé, des dentistes et des sages-femmes pour leurs honoraires se prescrit par cinq ans.

« Les créances privilégiées sur la généralité des meubles, stipulées au troisième paragraphe de l'article 2101 du code civil, y figureront désormais dans les termes suivants :

« 3° Les frais quelconques de dernière maladie, quelle qu'en ait été l'issue. » — (Adopté.)

« Art. 18 (ancien 17). — A partir de la promulgation de la présente loi, les médecins jouiront du droit de se constituer en associations syndicales dans les conditions de la loi du 21 mars 1884. » — (Adopté.)

(A suivre.)

REPORTAGE MÉDICAL

La publication des débats législatifs sur la revision nous force à publier le strict nécessaire. Nous publierons prochainement : 1° Le compte-rendu de l'Assemblée générale de la caisse des pensions du corps médical français ; 2° la lettre de M. Mignen, président de l'Union, aux syndicats, pour les inviter à participer à la souscription Chevandier ; 3° divers travaux qui nous ont été adressés et dont nous regrettons d'avoir à différer la publication.

2° liste de souscription.

MM. Rigabert (Saacy) Seine-et-Marne. — Meurisse (Cysony) Nord. — Peretti (Cassaigne-Dahra) Algérie. — Guichamans (Arzacq) Basses-Pyrénées. — Maurel (Paris). — Marais (Honfleur) Calvados.

Concours du bureau central de médecine. — Sont admissibles à la troisième épreuve : MM. Delpeuch, Mathieu, LE GENDRE, Lebreton, Gilles de la Tourette, Widal, Lermoyez, Dalché, Giraudeau, Béclère.

FORMULAIRE DU CONCOURS MÉDICAL

Pilules contre le catarrhe chronique des bronches.

Poudre de Dower..........	0 gr. 50
Benjoin de Siam............	1 gramme
Goudron de Norvège........	1 gramme.
Baume du Pérou............	2 grammes

f. s. a. 20 pilules.

On en prendra dix par jour à intervalles égaux.

P. L. G.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de deux membres du Concours médical.

MM. les Drs DE SAINT-ARROMAN, à Saint-Médard-en-Jalles (Gironde) ;

MARTIN, à Vabre (Tarn).

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine :

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE
4, rue Antoine-Dubois, 4

Guide pratique des sciences médicales, année 1891, publié sous la direction de M. le Dr Letulle, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. Paris, *Société d'Edition scientifique.*

Encyclopédie de poche pour le praticien.

L'ouvrage in-18 de 1.500 pages, richement cartonné, tranches rouges, sera envoyé *franco* par retour du courrier (notre éditeur est maintenant en mesure) à tout médecin qui en fera la demande accompagnée d'un mandat poste de 9 fr. 60, le prix marqué étant 12 fr.

Réunir dans le plus petit volume possible l'ensemble des connaissances nécessaires à un médecin, donner les dimensions d'un livre ordinaire à l'encyclopédie des sciences médicales, tel a été le but poursuivi et atteint. Le guide pratique remplace tous les aide-mémoires et a sur ceux-ci le mérite d'avoir été rédigé par des maîtres.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY,

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Lettre du président de l'Union aux Syndicats.

Monsieur le Président et très honoré Confrère,

Le bureau de l'*Union des Syndicats médicaux*, dans sa réunion du 6 avril, a décidé qu'un objet d'art serait offert à M. le Dr *Chevandier, député de la Drôme*, en souvenir de la part prépondérante qu'il a prise au vote de la loi revisant la *législation du 19 ventôse an XI*, et qu'il serait invité, avec MM. *les membres de la commission parlementaire*, à un banquet dont la date sera ultérieurement fixée.

Je vous serais reconnaissant, lors de la plus prochaine réunion du Syndicat que vous présidez, de solliciter vos confrères à souscrire, tant au nom du Syndicat qu'à titre individuel.

Nous désirons vivement aussi que l'un d'eux puisse venir à Paris les représenter au banquet, comme *délégué* de votre Société.

Vous voudrez bien adresser ces diverses souscriptions, et faire connaître le nom du confrère désigné, à M. le Dr Cézilly, directeur du *Concours médical*, 23, rue de Dunkerque, à Paris.

Veuillez agréer, M. le président et très honoré Confrère, l'expression de mes sentiments dévoués.

Le président de l'Union des Syndicats médicaux,

Dr G. Mignen.

Montaigu (Vendée), 12 avril 1891.

AVIS

Pour terminer dans ce numéro la publication du compte-rendu de la discussion du projet de loi, nous supprimons par exception toute la partie médicale du journal.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Discussion du projet de loi relatif à l'exercice de la médecine.

(Suite et Fin).

M. le Président. « Art. 19 (ancien 18). — Les fonctions de médecins et chirurgiens experts près les tribunaux ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine.

« Un règlement d'administration publique revisera les tarifs du décret du 18 juin 1811 en ce qui touche les honoraires et vacations des médecins, chirurgiens, sages-femmes experts et interprètes, les frais de transport et de séjour et la qualité d'experts qu'ils doivent conserver devant les tribunaux. »

M. le président. M. Isambard propose d'ajouter à la fin du paragraphe 1er : « ... français ou naturalisés français. »

M. le rapporteur. La commission accepte l'addition.

M. le président. Alors, je mets aux voix l'article ainsi modifié.

(L'article 19 est mis aux voix et adopté.)

M. le président. M. Isambard propose un paragraphe additionnel ainsi conçu :

« Toutes fonctions médicales publiques ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine de nationalité ou de naturalisation française. »

M. Isambard. Le paragraphe additionnel que je propose me semble être la conséquence du paragraphe 1er.

M. le président. C'est plutôt le paragraphe 1er qui serait la conséquence de celui que vous proposez en ce moment et qui serait mieux placé en tête de l'article.

M. Isambart. Mon paragraphe additionnel n'est que la reproduction d'une disposition qui avait été votée par le congrès médical de 1845. Mais nous faisons en ce moment une loi sur l'exercice de la médecine, et je crois qu'il y aurait lieu de formuler une réserve.

Notre article ne vise que l'exercice de la médecine et laisse en dehors l'enseignement médical ; par conséquent, le Gouvernement aurait le droit de charger de cours des médecins étrangers d'une célébrité reconnue.

M. Dellestable. La loi actuelle ne concerne pas l'enseignement.

M. Isambard. Ces médecins étrangers ne rempliraient pas des fonctions officielles publiques, mais peut-être pourraient-ils, je le répète, à raison de leur mérite, être chargés de cours.

M. le président. Votre rédaction les exclurait.

M. Isambard. Ce n'est pas mon intention.

M. le président. Vos explications, qui ont une très grande valeur au point de vue de la discussion, deviennent impuissantes quand la loi est votée.

M. Isambard. Je le sais, monsieur le président, mais la loi que nous faisons ne vise que l'exercice de la médecine.

M. le président. Il y aurait doute, certainement.

M. Liard, *directeur de l'enseignement supérieur, commissaire du Gouvernement*. Messieurs, si j'ai bien compris le sens de l'amendement de M. Isambard, dont je n'ai pas le texte sous les yeux, il aurait pour objet d'exclure absolument de l'enseignement public tous les docteurs étrangers.

M. Isambard. Mais non ! c'est le contraire !

M. le commissaire du Gouvernement. Alors, si c'est le contraire, l'amendement est inutile. La Chambre fait en ce moment une loi sur l'exercice de la médecine, et non une loi sur l'enseignement public ; par conséquent, je lui demande au nom du Gouvernement de ne pas accepter l'amendement. (*Très bien ! très bien !*)

M. Isambard. Mon amendement a pour objet de réserver aux docteurs en médecine français les fonctions de médecins inspecteurs des écoles, de médecins inspecteurs des services de l'assistance publique et toutes les fonctions analogues qui sont de la pratique et non de l'enseignement médical.

M. Frédéric Grousset. Mais les fonctions publiques sont réservées aux nationaux !

M. Isambard. Je puis citer des médecins inspecteurs qui ne sont pas Français.

M. Dellestable. Cela regarde M. le ministre de l'intérieur.

M. Constans, *ministre de l'intérieur*. Il n'y a pas de médecins étrangers dans les fonctions publiques ni parmi les inspecteurs de l'assistance publique : je ne vois pas le bénéfice qu'on pourrait retirer de l'exclusion proposée et j'y trouve au contraire des inconvénients à certains points de vue. (*Très bien ! très bien ! — Aux voix.*)

M. Isambard. Je retire mon amendement.

M. le président. Nous passons à l'article 20 (ancien 19) :

« Art. 20. — Tout docteur ou officier de santé est tenu, sous les peines portées à l'article 25 de la présente loi, de faire à l'autorité publique la déclaration des cas de maladies épidémiques tombés sous son observation. »

M. le rapporteur. Je demande la parole.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur.

M. le rapporteur. Messieurs, d'accord avec le Gouvernement, je dois vous donner quelques explications sur l'article en ce moment soumis à votre vote.

La commission accepte la rédaction de l'article 17 du projet du Gouvernement avec deux légères modifications ; seulement, à la place des mots « dans un délai de vingt-quatre heures », il faut mettre ceux-ci : « son diagnostic établi » ; et un peu plus loin, dire « maladies épidémiques » au lieu de « transmissibles ».

Ces deux modifications ont l'assentiment du Gouvernement.

M. le président. L'article 20 serait alors ainsi conçu :

« Tout docteur, officier de santé ou sage-femme est tenu, sous les peines portées à l'article 27 de la présente loi, de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidémiques tombés sous son observation et n'engageant pas le secret professionnel. La liste de ces maladies sera dressée par arrêté du ministre de l'intérieur, après avis conforme de l'académie de médecine et du comité consultatif d'hygiène publique de France. Un règlement d'administration publique fixera le mode de déclaration desdites maladies. »

Je le mets aux voix.

(L'article 20 est mis aux voix et adopté.)

M. le président. Monsieur Isambard, maintenez-vous l'addition que vous aviez proposée ?

M. Isambard. J'approuve absolument le travail de la commission, et je ne voudrais pas retarder le vote de la loi par des observations inutiles ; mais, si la commission voulait bien accepter au moins le premier des paragraphes additionnels que je propose, il me semble que ce serait tirer les médecins d'un cas difficile.

L'autorité administrative demande aux médecins de mentionner la cause du décès sur le certificat destiné à l'officier de l'état civil. Un certain nombre de médecins refusent d'indiquer cette cause du décès, prétendant que ce serait violer le secret professionnel. La question est discutée dans toutes les sociétés locales. Si l'on acceptait mon paragraphe additionnel, le secret professionnel ne serait pas violé par la mention de la cause du décès sur le certificat de décès.

Il y a une très grande utilité, au point de vue de la statistique et de la démographie, à connaître les causes des décès.

M. Brouardel, *commissaire du Gouvernement*. Nous ne connaissons pas votre amendement.

M. Isambard. Mon amendement est ainsi conçu :

« La mention de la cause du décès sur le certificat destiné à l'officier de l'état civil pour l'exécution de l'article 77 du code civil n'est point une violation de l'article 378 du code pénal. »

Si cette rédaction ne parait pas suffisamment claire, on pourrait dire qu'un règlement d'administration publique déterminera les conditions et les formes dans lesquelles le certificat du médecin devra être rédigé et transmis aux autorités municipales.

M. Brouardel, *commissaire du Gouvernement*. Je suis, en principe, d'accord avec M. Isambard, mais il me semble impossible de trancher ainsi cette question, qui est extrêmement délicate.

Il est très difficile de faire un règlement qui s'applique à la fois à Paris et aux petits villages. Nous cherchons depuis près de deux ans à résoudre le problème et nous sommes loin d'être arrivés à une formule qui soit à l'abri de toute critique. Nous n'avons pas voulu introduire dans la loi une disposition contre laquelle on aurait eu, dans certains cas particuliers, raison de protester.

Ce que je puis dire à la Chambre, c'est que la déclaration des causes de décès est extrêmement intéressante au point de vue de l'hygiène ; dans un grand nombre de départements, il existe des états endémiques de maladies que nous ne connaissons pour ainsi dire pas ; il faudra porter remède à cette situation. Ce sera l'objet d'un projet de loi sur l'hy

giène qui vous sera présenté par le Gouvernement. C'est dans un intérêt hygiénique que ces prescriptions doivent être édictées. Je demande à M. Isambard de vouloir bien renvoyer à ce moment la détermination de ces prescriptions, sur lesquelles nous nous mettrons d'accord. (*Très bien ! très bien !*)

M. ISAMBARD. Je retire mon amendement.

M. LE PRÉSIDENT. Nous arrivons au titre III :

Exercice illégal. — Pénalités.

« Art. 21 (ancien 20). — Exerce illégalement la médecine :

« 1° Toute personne qui, n'étant pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, ou qui, n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles 6, 7, 8, 9, 10 et 13 de la présente loi, prend part au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique des accouchements et de l'art dentaire, soit par des conseils habituels, soit par une direction suivie, soit par des manœuvres opératoires ou applications d'appareils ;

« 2° Toute sage-femme qui sort des limites fixées à l'exercice de sa profession par les articles 7 et 8 de la présente loi ;

« 3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi ;

« 4° Tout dentiste qui contrevient à l'interdiction édictée par le dernier paragraphe de l'article 6 ci-dessus.

« Les dispositions du paragraphe 1er du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades. »

Il y a sur cet article un amendement de M. Le Cerf, ainsi conçu :

« Supprimer le mot « conseils » et remplacer par « opérations » les mots « manœuvres opératoires », et rédiger comme suit la fin du paragraphe 1er : « Toute personne... qui prend habituellement part au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique des accouchements et de l'art dentaire, soit par une direction suivie, soit par des opérations ou applications d'appareils. »

La parole est à M. Le Cerf.

M. LE CERF. Le paragraphe 1er du texte de la commission protège assurément d'une façon très efficace les médecins contre toute concurrence ; mais, au point de vue des malades, il me paraît excessif.

M. ARMAND DESPRÉS. Ce sont les malades qui sont sacrifiés. La loi le dit !

M. LE CERF. Il aura pour résultat de les priver de tout secours en l'absence de médecin.

La commission ne me semble pas avoir tenu un compte suffisant des diverses situations locales qui existent en France ; elle a supposé qu'il y a des médecins partout ; que ces médecins sont tout prêts à se transporter immédiatement et sans frais là où un cas de maladie se déclare. Telle n'est pas la situation : il y a des contrées où il faut faire plus de 20 kilomètres pour trouver un médecin, et ce médecin rayonne tout autour de son domicile : il en est souvent fort loin au moment où on va le chercher. Avec la jurisprudence actuelle, une personne qui n'est pas médecin peut, sans s'exposer à des poursuites, donner quelques conseils ; elle peut faire quelques manœuvres opératoires qui ne présentent aucun danger (*Réclamations au banc de la commission*), — il s'agit de savoir ce que vous entendez par là : nous allons y revenir tout à l'heure —... manœuvres qui suffisent peut-être à entraver à son origine une maladie mortelle. Avec la loi proposée, rien de tout cela ne sera plus possible : il faudra, en attendant le médecin, contempler les souffrances du malade et le laisser sans aucun secours sous peine d'amende et de prison. Ces deux termes employés dans l'article 20 : « conseils et manœuvres opératoires », ne sont-ils pas trop rigoureux ? Certes, il est indispensable d'interdire à tout autre qu'au docteur de prescrire un remède dangereux et de faire une opération chirurgicale. Mais interdire tout conseil et toute manœuvre opératoire me paraît excessif. En présence d'un cas de maladie, loin de tout médecin, il me sera interdit de donner un conseil, je ne pourrai pas dire : « Il y a quelque temps, j'ai été atteint de la même maladie dont les symptômes ne sont douteux pour personne ; c'est une maladie dangereuse, mais elle peut être enrayée dès le premier moment ; j'ai conservé l'ordonnance qui m'a été délivrée par un docteur en pareil cas, j'ai encore un flacon du remède qu'il m'a prescrit et qui m'a guéri, je le donne à plusieurs malades que je vois près de moi »... et je suis condamné à 1,000 francs d'amende et un mois de prison.

Pourquoi ? Est-ce pour avoir administré un remède qui aurait pu nuire au malade ? Non, le remède était inoffensif ; c'est pour avoir empiété sur le privilège du médecin. Et non seulement j'aurai à subir la prison et l'amende ; mais, en vertu de l'article 21, le corps médical pourra se porter partie civile, et je lui devrai une indemnité pour m'être permis de sauver la vie à des malades en leur communiquant l'ordonnance d'un docteur dont j'avais soldé les honoraires.

Quelle sera la limite des conseils défendus ? L'article est absolu : tout conseil tombe sous le coup de la loi ; si on applique rigoureusement le texte de la commission, il sera interdit d'engager un malade à prendre du vin de quinquina ou même simplement du vin pour se donner des forces, de la tisane ou du jus de réglisse pour calmer sa toux. Je suis persuadé que la commission n'a pas voulu aller jusque-là, mais le texte qu'elle présente a ce sens rigoureux : c'est pour cela que j'en demande la modification. (*Très bien ! très bien !*)

Que doit-on entendre par manœuvres opératoires ?

Si la commission avait employé le mot « opérations », tout le monde aurait compris qu'il s'agissait de certains actes qui exigent une science spéciale et doivent sans conteste être interdits à tout autre qu'au médecin. Mais, à côté des opérations, il y a une série de pratiques qui constituent des manœuvres sur la personne du malade. A quel point s'arrêteront les manœuvres opératoires interdites ? La loi n'est pas faite pour être interprétée par le corps médical, mais par les juges qui auront peut-être bien du mal à déterminer la limite ; d'ailleurs nul n'est censé ignorer la loi, et tous ceux qui sont exposés à tomber sous ses coups ont intérêt à ce que la pensée du législateur soit nettement définie. J'avoue mon ignorance du langage médical ; mais dans le français vulgaire, celui que parlent les juges et les justiciables, le mot « manœuvre opératoire » me paraît comprendre tout acte qui se fait

par les mains et qui a pour objet de toucher au malade autrement que pour l'aider à se vêtir ou à changer de position.

Fixera-t-on une autre limite ? S'arrêtera-t-on au cataplasme, au sinapisme, à la ventouse, à la cautérisation, à l'injection sous-cutanée de morphine ou d'éther ? Faudra-t-il, en l'absence de médecin, laisser mourir une femme et un enfant, ne rien tenter pour arrêter une hémorrhagie, ne pas cautériser la morsure d'une vipère ? Ce sont bien là des manœuvres opératoires ; elles tombent sous le coup du texte proposé par la commission.

Ces conséquences me paraissent excessives, et la commission partagera, je l'espère, mon sentiment.

C'est pourquoi je lui demande de mettre dans le texte ce qui est sans doute dans son intention, de remplacer par « opérations » les mots « manœuvres opératoires » et de retrancher le mot « conseils », l'expression qui vient ensuite « direction suivie » me paraissant largement suffisante pour caractériser l'exercice illégal de la médecine. (*Très bien ! très bien !*)

M. LE RAPPORTEUR. Messieurs, nous avions compris qu'en définissant ce qui caractérise plus particulièrement l'exercice de la médecine nous serions appelés à donner quelques explications qui, je crois, pourront calmer les inquiétudes de notre collègue, même en maintenant le mot « conseils » et les mots « manœuvres opératoires ».

Tout d'abord, je dois faire remarquer à la Chambre que les dispositions de l'article 21 sont beaucoup moins rigoureuses que ne l'étaient celles de la loi de l'an XI, en ce sens que celui-là était tenu pour avoir exercé illégalement la médecine, alors même qu'un seul fait était mis à sa charge.

Aujourd'hui, nous disons que la loi doit être interprétée d'une manière beaucoup plus libérale et que, si quelqu'un a donné un conseil, il ne doit pas pour cela être traduit devant un tribunal et considéré comme responsable d'un délit d'exercice illégal. Nous acceptons très bien qu'on donne un conseil, plusieurs conseils. C'est l'habitude, le fait sans cesse répété de donner des conseils qui caractérisera le délit.

En effet, celui qui a l'habitude de donner des conseils exerce évidemment une sorte de profession. Il est connu dans la région qu'il habite, et, sous le couvert de la complaisance ou de la charité, il donne habituellement des conseils ; celui-là tombera sous le coup de la loi. Vous voyez la différence.

Comme vous le voyez, nous remplaçons par des dispositions libérales un texte un peu draconien. Nous trouvons excellent qu'un instituteur, qu'un curé, qu'un pasteur puisse, à un moment donné, s'il s'agit, par exemple, d'arrêter une hémorrhagie, ou en toute autre circonstance, donner un conseil. En pareil cas, en indiquant un remède ou une série de moyens, ces personnes font œuvre excellente. On n'ira pas leur chercher querelle, engager une action répressive. Mais celui-là, qu'il soit prêtre, pasteur ou instituteur, qui a l'habitude de donner des conseils, quelquefois même sans voir le malade, ce qui est bien plus grave, bien plus imprudent, tout diagnostic faisant défaut, celui-là, dis-je, qui donne habituellement des conseils, alors qu'il ne peut savoir de quel mal il s'agit, doit être frappé par la loi.

Nous répondons volontiers que le conseil donné éventuellement est une chose louable, mais que l'habitude de conseiller des médicaments constitue une usurpation réelle, le délit d'exercice illégal de la médecine.

Quant aux manœuvres opératoires, je comprends que quiconque n'appartient pas à la profession médicale puisse ne pas comprendre exactement ce que l'on entend par « manœuvres opératoires » ou par « opérations ».

M. LE CERF. Mais les juges ne sont pas médecins !

M. LE RAPPORTEUR. Il est impossible de remplacer les mots « manœuvres opératoires » par « opérations » comme synonyme.

Dans le premier cas, la manœuvre opératoire consiste, par exemple, à réduire une luxation, une hernie ; il n'y a pas d'opération à proprement parler ; car lorsqu'une hernie n'est pas réduite par une manœuvre opératoire, il faut en venir à une opération, ce qui est tout autre chose. L'opération comporte pour ainsi dire l'emploi d'un instrument de chirurgie. Voilà pourquoi nous ne pouvons pas modifier les expressions dont nous nous sommes servis. Elles désignent des procédés thérapeutiques différents, il les faut absolument conserver. On ne peut livrer à la discrétion du premier venu les manœuvres opératoires.

Il y aurait des dangers très grands à les permettre au premier venu.

Je pense par ces explications avoir donné satisfaction à l'auteur de l'amendement ; la commission persiste dans sa rédaction. (*Très bien ! très bien ! à gauche.*)

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Bourgeois.

M. BOURGEOIS (Vendée). Messieurs, je suis monté à la tribune pour déclarer que je partage entièrement l'avis de la commission et de M. Chevandier ; mais je dois à mes amis des explications qui, j'en suis certain, leur permettront de voter le texte qui leur est soumis en ce qui concerne tout au moins les dispositions visant la répression de l'exercice illégal de la médecine.

Je sais qu'il se présente des circonstances tout à fait délicates. Il y a des pays dans lesquels il n'y a pas de médecins. Je ne l'ignore pas. Je sais aussi qu'il y a des personnes dévouées, charitables, qui ont rendu en exerçant la médecine des services incontestables. Pour ne citer qu'un exemple, un de nos collègues, qui siège sur ces bancs, m'avait déclaré qu'il déposerait un amendement. La situation dans laquelle il se trouve est particulièrement intéressante. Il habite une île située à une certaine distance du continent. Cette île contient 3,000 habitants, et il n'y a ni médecin ni pharmacien. Si la loi est appliquée rigoureusement, ces populations malheureuses et délaissées seront privées de tout secours médical.

J'ai fait observer à mon collègue, comme je le fais à mes amis, qu'un projet de loi a été déposé depuis longtemps par M. le ministre de l'intérieur, relatif à l'assistance médicale dans les campagnes. Je désire, je demande que cette discussion s'ouvre le plus tôt possible : vous trouverez là le moyen de donner satisfaction à toutes nos populations déshéritées.

Je demande donc, et vous vous joindrez à moi pour demander à mes collègues d'appuyer ma proposition, que dans le plus bref délai le rapport concernant l'assistance médicale dans les campagnes soit déposé et discuté, afin que satisfaction soit donnée à tous. (*Très bien ! très bien ! sur divers bancs.*)

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Le Cerf.

M. LE CERF. Je maintiens mon amendement et j'en demande le renvoi à la commission.

J'estime que la commission, en rendant le méde-

cin obligatoire, aurait dû en même temps le rendre gratuit, comme on a fait pour l'instruction ; sans cela j'y vois de graves inconvénients que je vous ai signalés tout à l'heure. (*Très bien ! à droite.*)

M. LE RAPPORTEUR. Les médecins ne manquent jamais de donner leurs soins gratuits quand il s'agit des pauvres. (*Très bien ! très bien !*)

M. LE CERF. Parfaitement, je le reconnais très volontiers. Ce n'est pas le moins du monde une critique contre le personnel médical que je veux faire, c'est simplement une question de principe que je viens traiter.

Je remercie l'honorable rapporteur d'être monté à la tribune pour expliquer le sens du mot « conseils ». Mais je n'en persiste pas moins à croire que le texte de la commission doit être modifié sur ce point. En effet, je suis absolument d'accord avec le rapporteur sur l'interprétation de la loi ; mais je vois que le texte est tout à fait en contradiction avec son sentiment et avec le mien, et il est certain que les paroles s'en vont, *verba volant, scripta manent*. Les paroles que nous prononçons ici auront beau être recueillies par la sténographie, on n'en tiendra pas toujours compte.

M. LE RAPPORTEUR. Je vous demande pardon !

M. LE CERF. Mon cher collègue, croyez-vous que les juges qui, après tout, rendent les jugements et prononcent la condamnation vont toujours se reporter à la discussion de la loi ? Jamais ou presque jamais. Ce n'est que quand ils délibèrent en chambre du conseil sur des affaires très graves, quand on remet à huitaine ou à quinzaine, qu'ils consultent les précédents et la discussion de la loi, et encore, croyez-le bien, il arrive le plus souvent que les juges n'en tiennent guère compte. Je maintiens donc ma demande, je dis qu'il est très dangereux d'insérer dans une loi un mot qui peut prêter à une fausse interprétation.

Moi, qui ne suis pas docteur en médecine, je l'interprète comme jurisconsulte, et si j'étais chargé de juger la question, je le ferais dans le sens que je viens d'indiquer.

Vous, docteurs en médecine, vous l'interprétez dans un sens médical. Mais les juges sont des jurisconsultes et non pas des médecins ; il est donc dangereux de leur mettre entre les mains un texte qui pourrait être de nature à entraîner des condamnations, alors que vous médecins, auteurs de la loi, vous aurez eu une intention diamétralement opposée. (*Très bien ! très bien ! — Aux voix !*)

M. LE RAPPORTEUR. Il n'y a pas de docteurs-médecins dans cette enceinte ; il n'y a que des législateurs.

M. LE PRÉSIDENT. Je mets aux voix la prise en considération de l'amendement tendant à supprimer les mots « conseils habituels » et à substituer le mot « opération » à ceux de « manœuvres opératoires ».

(L'amendement, mis aux voix, est pris en considération).

M. LE PRÉSIDENT. En conséquence, l'article est renvoyé à la commission, qui pourra faire son rapport à la fin de la séance ou dans quelques instants — quand elle voudra, d'ailleurs.

Nous passons à l'article suivant :

« Art. 22 (ancien 21). — Le délit d'exercice illégal de la médecine, de la chirurgie, de la pratique des accouchements ou de l'art dentaire, sera dénoncé aux tribunaux de police correctionnelle, à la diligence du procureur de la République.

« Les médecins, dentistes, sages-femmes, les associations de médecins régulièrement constituées, intéressés à la poursuite, pourront la provoquer et se porter partie civile. »

Il y a sur cet article un amendement de M. Isambard, qui propose de modifier le second paragraphe ainsi qu'il va l'expliquer lui-même.

« Les médecins et associations syndicales prévues à l'article 18, etc... »

M. ISAMBARD. Le second paragraphe de l'article serait ainsi rédigé :

« Les médecins, dentistes, sages-femmes et les associations syndicales prévues à l'article 18, intéressés à la poursuite, pourront la provoquer et se porter partie civile. »

Je ne propose pas cet amendement pour le défendre, mais pour le faire repousser. (*On rit.*)

Je me suis peut-être servi d'un mauvais procédé, mais j'ai voulu obtenir du Gouvernement la déclaration que les associations qui ont le droit de poursuivre l'exercice illégal de la médecine ne soient pas seulement les associations prévues dans la présente loi, mais l'association générale des médecins de France et les associations qui s'y rattachent et qui rendent tant de services à la dignité de la profession médicale.

M. LE PRÉSIDENT. Le texte de la commission porte : « Les associations régulièrement constituées. »

M. ISAMBARD. Oui, mais l'article 18 dit que les médecins pourront se constituer en associations syndicales, et je voudrais spécifier qu'il ne s'agit pas seulement des associations syndicales prévues par la présente loi, qui sont mentionnées dans l'article 22. Ce sont toutes les associations médicales régulièrement constituées.

Je suis d'accord avec M. le commissaire du Gouvernement, et je retire mon amendement. (*Très bien !*)

M. LE PRÉSIDENT. L'amendement est retiré.

Je mets aux voix l'article 22 tel qu'il a été rédigé par la commission.

(L'article 22 (nouveau), mis aux voix, est adopté.)

« Art 23 (ancien 22). — Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 fr. à 500 fr. En cas de récidive, l'amende sera de 500 fr. à 1,000 fr. Le coupable peut, en outre, être puni d'un emprisonnement de quinze jours à six mois.

« L'exercice illégal de l'art des accouchements ou de l'art dentaire est puni d'une amende de 50 fr. à 100 fr. et, en cas de récidive, de 100 fr. à 500 fr. Un emprisonnement de six jours à un mois peut aussi être prononcé. » — (Adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. « Art. 24 (ancien 23). — Si l'exercice illégal de la médecine est accompagné d'usurpation de titre, l'amende sera de 1,000 à 2,000 fr. ; en cas de récidive, elle sera de 2,000 à 3,000 fr. et le délinquant sera, en outre, passible d'un emprisonnement de trois mois à un an.

« L'usurpation du titre de sage-femme ou de dentiste avec exercice illégal de la profession, sera punie d'une amende de 100 à 500 fr. En cas de récidive l'amende sera de 500 à 1,000 fr., et en outre la peine de l'emprisonnement de six jours à quinze jours pourra être prononcée. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. LE RAPPORTEUR. Messieurs, je ne prends la parole que pour demander tout simplement qu'on intercale après le mot « usurpation », ceux-ci : « du titre de docteur ou d'officier de santé ».

M. LE PRÉSIDENT. Alors l'article serait ainsi rédi-

gé : « Si l'exercice illégal de la médecine est accompagné d'usurpation du titre de docteur ou d'officier de santé, l'amende sera... », etc.

M. LE RAPPORTEUR. C'est cela, monsieur le président.

M. LE PRÉSIDENT. Je mets aux voix l'article 24 avec cette modification.

(L'article 24, ainsi modifié, est mis aux voix et adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. « Art. 25 (ancien 24). — Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine quiconque fait précéder ou suivre son nom de la qualité de docteur, sans en indiquer l'origine, à moins que ce titre ne lui ait été délivré par le gouvernement français. »

M. David propose, à titre d'amendement, de remplacer le texte de la commission par celui du Gouvernement et d'y ajouter :

« 3° Tout individu qui fera précéder ou suivre son nom de signes tendant à faire croire à l'obtention de ce titre. »

M. LE COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. Le Gouvernement maintient son texte.

Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. le commissaire du Gouvernement.

M. LIARD, *commissaire du Gouvernement*. J'ai l'honneur de demander à la Chambre le maintien du texte du Gouvernement. Voici en deux mots pour quels motifs.

Vous venez d'entendre la lecture du texte de la commission ; il dit ceci :

« Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine quiconque fait précéder ou suivre son nom de la qualité de docteur, etc. »

Il n'y a pas que le titre de docteur en médecine qui soit décerné par le gouvernement français. Nous avons d'autres grades parfaitement réguliers, les grades de docteur en droit, docteur ès lettres, docteur ès sciences, et de docteur en théologie protestante. Dans ces conditions — et c'est une conséquence à laquelle certainement la commission n'a pas songé — quelqu'un qui, possesseur du titre de docteur ès lettres ou de docteur en droit, ferait précéder ou suivre son nom de cette qualité, devrait, aux termes de l'article de la commission, être poursuivi devant les tribunaux. Nous demandons, en conséquence, le maintien du texte du Gouvernement qui est plus clair.

M. LE RAPPORTEUR. Messieurs, la commission accepte en principe la proposition que vient de faire M. le commissaire du Gouvernement, et pour lui donner satisfaction elle propose simplement que les mots « docteur en médecine » soient répétés dans l'article 25. Dès lors, le doute ne sera plus possible sur la qualité particulière de ce docteur. Nous acceptons volontiers cette addition. L'article du Gouvernement contient en outre des dispositions qui ont trouvé leur place dans l'article 23 déjà voté, c'est ce qui nous empêche de nous y rallier.

Je crois que l'honorable M. Liard pourrait accepter l'article de la commission modifié ainsi qu'il suit :

« Art. 25. — Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine quiconque fait précéder ou suivre son nom de la qualité de docteur en médecine... » le reste de l'article étant maintenu.

M. LE PRÉSIDENT. Je ne vois pas que l'article précédent soit exclusif de l'article du Gouvernement.

M. LE RAPPORTEUR. Je prends la permission de rappeler à M. le président que l'article 24 vise dans son paragraphe 1er l'exercice illégal de la médecine accompagné de l'usurpation du titre soit de docteur en médecine, soit d'officier de santé, mais que dans son paragraphe 2 il vise l'usurpation du titre de sage-femme ou de dentiste ; dès lors il semble que cette question soit absolument réglée par l'article 24.

Voix à gauche. Mais le Gouvernement accepte.

M. LE RAPPORTEUR. Il ne peut y avoir de difficultés que sur le point de savoir ce qu'on entend par l'usurpation du titre de docteur. Voici comment il a pu quelquefois être usurpé. Il est arrivé souvent qu'un officier de santé, reçu docteur de la faculté d'Iéna ou d'une faculté étrangère, s'en est prévalu et qu'il a libellé ainsi ses cartes de visite : « Le docteur un tel ». Il donne le change sur sa qualité réelle et fait croire qu'il est docteur d'une faculté française. Nous l'obligerons par la rédaction de l'article 26 à dire quelle est l'origine du diplôme dont il se pare.

M. LE PRÉSIDENT. Le Gouvernement accepte cette rédaction :

« Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine quiconque fait précéder ou suivre son nom de la qualité de docteur en médecine sans en indiquer l'origine, à moins que ce titre ne lui ait été délivré par le Gouvernement français. »

Au banc de la commission. C'est cela !

M. LE PRÉSIDENT. Je mets cette rédaction aux voix.

(L'article 25 (ancien 24), ainsi rédigé, est mis aux voix et adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. Il y a maintenant une addition proposée par M. Isambard. (*Rumeurs.*)

M. ISAMBARD. C'est la dernière, messieurs !

Les individus qui autrefois prenaient indûment le titre de docteur en médecine ne pourront plus l'usurper, grâce au paragraphe que vous venez de voter. Mais ils prendront celui de professeur.

M. ARMAND DESPRÉS. Ils diront que l'abréviation Dr signifie « directeur ». (*On rit.*)

M. ISAMBARD. Ils mettront toutes sortes de noms.

En médecine, le titre de professeur est le plus éminent, le plus considéré, et, par respect pour mes anciens maîtres, qui m'ont appris ce que je sais, par respect pour ceux qui professent aujourd'hui et qui tiennent si haut le drapeau de la science française devant l'étranger, je demande à la Chambre d'adopter le paragraphe additionnel que je propose. Il est ainsi conçu :

« L'usurpation du titre de professeur par un médecin n'appartenant pas au corps enseignant des établissements d'instruction publique, des hôpitaux ou des cours libres admis par l'État, les départements ou les municipalités, est assimilée à l'usurpation du titre français de docteur en médecine. »

Ma rédaction est très large.

Un membre à droite. Vous légiférez pour les médecins et non pas pour les malades.

M. ISAMBARD. Nous faisons une loi sur l'exercice de la médecine, et il est naturel que les médecins interviennent dans le débat.

Un membre à gauche. Vous supprimez les professeurs libres.

M. ISAMBARD. Mais non, je ne supprime pas les professeurs libres. Ma rédaction est large et comprend tous ceux qui participent à l'enseignement

réel de la médecine. Je dis en effet : « ... les cours libres admis par l'Etat, les départements ou les municipalités. »

D'ailleurs, si M. le commissaire du Gouvernement n'accepte pas ce paragraphe additionnel, je le retirerai.

M. LIARD, *directeur de l'enseignement supérieur, commissaire du Gouvernement*. Le Gouvernement ne l'accepte pas, et je vous indiquerai les motifs de son refus, si vous le désirez.

M. ISAMBARD. Alors je le retire.

M. LE PRÉSIDENT. L'amendement étant retiré, l'article 25 (ancien 24) reste tel qu'il a été voté.

« Art. 26 (ancien 25). — Le docteur en médecine ou l'officier de santé qui n'aurait pas fait la déclaration prescrite par l'article 20 sera puni par une amende de 50 à 200 fr. » — (Adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. « Art. 27 (ancien 26). — Il y a récidive lorsque, dans les cinq années antérieures, le prévenu a été condamné pour un des délits prévus et punis par la présente loi. »

M. Isambard demande que cet article 27 soit placé après l'article 29.

M. ISAMBARD. Je n'insiste pas.

M. LE RAPPORTEUR. La commission demande que l'article 27 commence par ces mots : « Pour tous les cas il y a récidive... » afin qu'on ne puisse pas rapporter au seul article précédent la question de récidive. (*Très bien ! très bien !*)

M. FRÉDÉRIC GROUSSET. Cet article, qui vise la récidive, devrait venir après toutes les dispositions pénales. (*Marques d'assentiment.*)

M. LE PRÉSIDENT. En effet, cet article devrait prendre place après l'article 28.

M. LE RAPPORTEUR. La commission accepte l'interversion.

M. LE PRÉSIDENT. Je mets aux voix l'article 27, en le faisant commencer par les mots : « Pour tous les cas où il y a récidive..., etc. »

(Cet article est adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. Il est entendu que cet article sera placé après l'article 28. (*Très bien ! très bien !*)

« Art. 28 (ancien 27). — Quiconque exerce la médecine, l'art des accouchements ou l'art dentaire sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 14 de la présente loi, est puni d'une amende de 25 fr. à 100 fr. » — (Adopté).

« Art. 29 (ancien 28). — L'exercice simultané de la médecine, de l'art des accouchements ou de l'art dentaire avec la pharmacie est puni d'une amende de 100 fr. à 500 fr.

« En cas de récidive, l'amende sera de 500 fr. à 1,000 fr., et les délinquants pourront, en outre, être condamnés à un emprisonnement de quinze jours à trois mois ». — (Adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. L'article 27 qui a trait à la récidive générale se place avant cet article 29, qui vise la récidive spéciale. Il devient donc l'article 28 et l'article 28 ci-dessus prend le numéro 27.

M. FRÉDÉRIC GROUSSET. Monsieur le président, j'ai déposé un amendement qui doit venir après l'article 29.

M. LE PRÉSIDENT. Votre amendement vient à la fin de la loi, et je ne vois aucune raison de le faire venir actuellement.

M. FRÉDÉRIC GROUSSET. Je vous demande pardon, monsieur le président. Il contient une disposition pénale : il vise la peine portée à l'article 29.

M. LE PRÉSIDENT. Eh bien, nous allons le faire passer avant l'article suivant.

Après l'article 29 et avant l'article 30, M. Grousset propose un article qui serait ainsi conçu :

« Tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de la justice, sous les peines portées à l'article 29. »

M. Grousset a la parole.

M. FRÉDÉRIC GROUSSET. Messieurs, par l'article 19, que nous avons déjà voté, nous avons dit que les fonctions de médecin et de chirurgien expert près les tribunaux ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine.

J'estime que cet article doit avoir sa contre-partie, motivée par le scandale qui s'est produit il y a quelques années devant un tribunal du Midi.

Il faut que les docteurs auxquels on réserve l'exercice de la médecine, soient tenus de déférer aux réquisitions de la justice. Vous savez qu'il y a quelques années, un juge d'instruction a adressé une réquisition à un médecin, qui a refusé d'obéir et d'opérer ; on s'est adressé à un deuxième médecin, qui a également refusé, et la justice s'est trouvée en présence du refus de tout le corps médical qui exerçait dans la localité.

M. LE RAPPORTEUR. La question du flagrant délit était posée et elle n'était pas résolue.

M. FRÉDÉRIC GROUSSET. Qu'il y ait flagrant délit ou non, j'estime que, puisque la loi donne protection aux médecins, les médecins doivent leur concours à la justice chaque fois que la justice fait appel à eux. (*Très bien ! à droite.*).

M. DUCOUDRAY. A la condition que le prix de la vacation sera plus élevé. (*Exclamations.*)

M. FRÉDÉRIC GROUSSET. La justice ne fait pas un appel absolument gratuit aux médecins. Le décret de 1811 vise les honoraires qui doivent leur être payés, dans des limites, il est vrai, qu'on peut considérer comme trop restreintes ; mais j'estime qu'il est du devoir de tout citoyen, et spécialement du devoir d'une corporation à laquelle on confère un véritable monopole, de donner son action à la justice toutes les fois que la justice le lui demande.

C'est pour prévenir le retour de certains scandales que j'ai l'honneur de vous proposer l'amendement dont M. le président vous a donné lecture. Je vous prie de vouloir bien le prendre en considération d'abord et l'adopter ensuite (*Très bien ! très bien !*)

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. le commissaire du Gouvernement.

M. BROUARDEL, *commissaire du Gouvernement*. Messieurs, la question a été débattue entre le Gouvernement et la commission, et, d'un commun accord, l'un et l'autre ont pensé qu'il y avait lieu de remettre cette question au moment où la Chambre discutera la réforme du code d'instruction criminelle. (*Mouvements divers.*)

Il est certain que, lorsque la justice a besoin de l'aide d'un médecin, elle doit pouvoir le trouver ; nous sommes tous de cet avis. Il est évident que la justice doit avoir sous la main des experts, et même l'expert dont elle a besoin.

En ce moment, les émoluments alloués par la justice sont insuffisants ; cela est reconnu par tout le monde et même par M. le garde des sceaux. Cette affaire a pris un caractère aigu, qui ne doit pas être considéré comme le vrai côté de la question. Je vous demande la permission de vous la présenter sous son vrai jour.

Lorsqu'on exige d'un médecin qu'il donne son aide à la justice, on lui fait toujours l'honneur de croire qu'il est nécessairement compétent en méde-

cine légale. C'est une illusion. Cette partie de la médecine s'apprend peu à peu, lentement, à la condition d'avoir l'occasion d'exercer et de faire de la pratique médico-légale. Or, je n'exagère pas en disant qu'un grand nombre de confrères — et j'ai été longtemps comme eux, je peux l'avouer — n'ont pas suffisamment étudié les maladies mentales et un certain nombre d'autres cas : la pendaison, la strangulation, etc., qu'on ne rencontre guère à l'hôpital. Il y a donc une éducation particulière à faire, toute une organisation à étudier, et je crois qu'il serait excessif de résoudre la question par une formule absolue. La réforme du code d'instruction criminelle est pendante devant la Chambre... (*Interruptions sur divers bancs*), et je crois qu'à moins d'édicter actuellement tout un projet, il serait difficile de faire ce qui est demandé par M. Grousset. (*Nouvelles interruptions.*)

Au centre. Vous ne connaissez donc pas les lenteurs parlementaires ?

M. LE COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. Je répète que tous les médecins ne sont pas compétents en médecine légale. La justice leur fait souvent l'honneur de les croire compétents : j'aperçois devant moi des personnes qui savent parfaitement que tous les médecins ne sont pas compétents en médecine légale. C'est absolument comme si on disait — je vous demande pardon, c'est une comparaison un peu banale : — A l'orchestre de l'Opéra, tout le monde est musicien. Néanmoins, l'idée n'est venue à personne de remplacer le premier violon par la petite flûte.

Eh bien, pour la médecine, c'est la même chose. Nous sommes tous médecins, mais les uns font de la médecine, les autres de la chirurgie, et tous indifféremment ne peuvent remplacer un confrère possédant des connaissances en médecine légale.

Nous demandons à la Chambre de repousser l'amendement qui lui est proposé. (*Mouvements divers.*)

M. FRÉDÉRIC GROUSSET. Messieurs, je ne puis, pour ma part, accepter les raisons données par M. le commissaire du Gouvernement. (*Très bien ! à droite.*)

Il vous a dit d'abord que le tarif de 1811 était un tarif quelque peu vieilli, qu'il ne donnait pas aux médecins une rétribution suffisante, et il a ajouté : Attendez la réforme du code d'instruction criminelle et alors on pourvoira au mieux.

Mais ce qui n'attendra pas, ce sont les crimes, les délits, c'est l'action de la justice, qui doit s'exercer chaque jour. (*Très bien !*) et si, en attendant que la revision du code d'instruction criminelle soit discutée, un scandale se produit comme celui que vous connaissez et qui a eu lieu il y a quelques années, ce sera un fait profondément regrettable.

Je dois ajouter que le corps médical est par trop désintéressé pour que nous puissions nous attarder longtemps sur l'argument tiré de l'insuffisance des honoraires. Il soigne gratuitement les pauvres, les indigents, et, à coup sûr, il doit se faire un honneur de prêter son concours à la justice toutes les fois que la justice le lui demande. (*Très bien ! très bien !*)

Un second argument a été produit par M. le commissaire du Gouvernement.

M. BOVIER-LAPIERRE. Il existe une disposition dans la loi ; c'est aux tribunaux à bien l'appliquer.

M. FRÉDÉRIC GROUSSET. Oui, mais vous connaissez la décision qui a été rendue dans l'affaire à laquelle j'ai fait allusion ; il y a là une difficulté qu'il est bon de trancher.

En ce moment, nous faisons une loi sur l'exercice de la médecine ; eh bien, puisque nous donnons aux médecins des garanties pour leur assurer l'exercice d'un véritable monopole...

M. DELLESTABLE. C'est aux malades que vous donnez ces garanties. Les médecins n'ont pas besoin de garanties. C'est pour protéger les malades que nous faisons cette loi.

Un membre à gauche. La loi est faite plutôt pour les médecins que pour les malades.

M. FRÉDÉRIC GROUSSET. Si vous n'aviez en vue que l'intérêt des malades, vous ne reprendriez pas dans cette loi ce qui a trait au syndicat, faculté que la cour de cassation n'a pas voulu vous concéder, et cela dans le but de vous permettre de poursuivre tous ceux qui se livreraient indûment à l'exercice de la médecine. C'est donc bien dans l'intérêt personnel des médecins que la loi est faite, pour faire respecter leur monopole et non pas dans l'intérêt des malades. (*Très bien ! très bien !*)

Un membre à gauche. C'est dans l'intérêt de tout le monde.

M. FRÉDÉRIC GROUSSET. Je passe au second moyen développé par M. le commissaire du Gouvernement, et auquel j'arrivais quand M. Dellestable m'a interrompu.

M. le commissaire du Gouvernement nous objecte que tous les médecins ne sont pas médecins légistes, qu'ils n'ont pas tous une compétence suffisante à cet égard. Je veux bien le croire ; mais qui pourra juger de la compétence du médecin auquel on devra s'adresser ?

M. LE RAPPORTEUR. Le médecin lui-même ! (*Exclamations*).

M. FRÉDÉRIC GROUSSET. La justice d'abord, et le médecin ensuite. Le juge d'instruction et le procureur de la République sont en présence d'un crime qu'il y a lieu de constater ; ils feront choix du médecin qui leur présentera le plus de garanties pour arriver à la manifestation de la vérité.

Si ce médecin a des scrupules et ne se croit pas assez de lumières pour prêter à la justice un concours éclairé, il s'empressera d'aller trouver les magistrats qui l'auront commis, pour leur faire part de ses scrupules ; et, s'ils sont fondés, les magistrats, qui en définitive recherchent avant tout la manifestation de la vérité, ne manqueront pas d'accepter les excuses de ce médecin et de désigner un de ses confrères pour le remplacer. Nous arriverons ainsi à ne plus voir se reproduire ce fait, qui a été signalé par tous les journaux judiciaires, d'un corps médical tout entier se mettant en grève en présence de la justice.

Pourquoi donc attendrions-nous la revision du code d'instruction criminelle pour insérer cette disposition dans la loi ?

M. BOVIER-LAPIERRE. Le code d'instruction criminelle ne s'occupe pas de cette question.

M. FRÉDÉRIC GROUSSET. M. Bovier-Lapierre me fait observer que cette question n'a pas trait à l'instruction criminelle : en effet, le rapport sur le nouveau code d'instruction criminelle est déposé, et il n'est pas fait mention du sujet qui nous occupe en ce moment. A l'heure actuelle nous traitons de l'exercice de la médecine, et, dès l'instant que nous indiquons les droits du médecin, j'estime que nous sommes fatalement amenés à indiquer ses devoirs, dont le premier — cela n'échappera à personne — est de prêter son concours à la justice quand celle-ci le réclame. (*Applaudissements à droite.*)

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. le rapporteur.

M. LE RAPPORTEUR. Messieurs, ne croyez pas que cette question soulevée par M. Grousset ne se soit pas présentée à la commission ; je dois même rappeler à la Chambre que notre honorable collègue l'a peut-être trouvée dans la proposition que j'ai eu l'honneur de présenter, il y a de longues années. Si je me suis décidé à ne pas la reproduire, c'est qu'une telle question trouvera mieux sa place dans le chapitre affecté à l'expertise dans la proposition de loi portant revision du code d'instruction criminelle.

J'ajoute qu'à l'heure actuelle le médecin requis par le ministère public, par le juge d'instruction, ne peut se récuser s'il y a flagrant délit.

L'article 475 du code pénal, paragraphe 12, dit que tout individu est obligé de prêter son assistance quand il s'agit d'incendie, de naufrage, d'accident ou en cas de flagrant délit, etc. La jurisprudence a jugé que le médecin qui se refuserait à assister la justice en cas de flagrant délit serait passible de l'application de cet article. Voilà la législation actuelle. Aujourd'hui, vous venez nous proposer, sans que cette question ait été étudiée sérieusement, alors que les jurisconsultes sont loin de s'entendre sur la définition du flagrant délit, de trancher toutes les difficultés et d'improviser une prescription qui peut être qualifiée de redoutable !

J'ai rappelé, lors de la discussion de la loi relative à la revision du code d'instruction criminelle, des faits vraiment déplorables dus à l'inexpérience en matière d'expertise médico-légale. Je pourrais les rappeler si je ne tenais à ne pas abuser de votre attention.

Certes, les médecins n'ont jamais méconnu leur devoir étroit d'aider la justice dans la recherche de la vérité, et je prie mon honorable collègue de suivre les explications que je donne.

Des erreurs graves sont souvent commises par des médecins agissant sur les réquisitions du procureur de la République ou du juge d'instruction, et qui auraient mieux fait de se récuser que d'accepter de faire une expertise alors qu'ils avaient le sentiment de leur insuffisance.

Ces erreurs sont rares, je veux bien le croire, mais elles le seraient moins si le droit de se récuser venait à être retiré à ceux qui n'osent prendre une responsabilité qui dépasse leur compétence.

Il n'arrive pas toujours qu'une contre-expertise soit ordonnée. Le magistrat instructeur spécial se contente quelquefois du rapport du médecin expert et s'appuie sur ses conclusions pour poursuivre peut-être un innocent. M. le professeur Brouardel pourrait vous dire combien souvent il a vu le procureur de la République ne pas poursuivre, alors que sur le rapport d'un premier expert il croyait se trouver sur la trace d'un crime et en face d'un criminel.

Messieurs, les erreurs judiciaires sont nombreuses ; je vous conjure de ne rien faire qui puisse en augmenter le chiffre. Je ne m'aventure pas en disant que le médecin y est pour quelque chose ; peut-être même y est-il pour beaucoup. (*Mouvements divers.*)

Sur divers bancs. C'est vrai !

M. LE RAPPORTEUR. Et dans ces conditions, alors que M. le doyen de l'école de médecine de Paris, le médecin légiste le plus autorisé, affirme que l'instruction en matière de médecine légale est suffisante...

M. ARMAND DESPRÈS. Je demande la parole.

M. LE RAPPORTEUR. ... vous voulez rendre le service d'expertise médicale obligatoire, vous voulez que le médecin soit toujours forcé d'obéir à la réquisition ? Il s'y refuse très rarement, mais encore faut-il à l'heure actuelle s'en tenir aux conditions dans lesquelles le droit de réquisition est absolu.

C'est l'article du code pénal que je rappelais tout à l'heure qui règle le droit du magistrat et le devoir du médecin.

J'ajoute que, si le médecin se récuse, c'est de sa part un acte d'humilité et d'honnêteté qui est le propre d'une conscience sévère. Il a la crainte louable d'induire la justice en erreur et d'attirer sur des innocents des condamnations à jamais regrettables. (*Marque d'approbation sur divers bancs.*)

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Armand Desprès.

M. ARMAND DESPRÈS. La Chambre voudra bien reconnaître que je me suis tenu à l'écart depuis le commencement de cette discussion. Je rends hommage au zèle et aux bonnes intentions de la commission ; mais je ne partage pas du tout son avis, et comme j'aurais été obligé de la combattre depuis le premier article de son projet jusqu'au dernier, j'ai préféré ne rien dire. (*On rit.*) Mais ici la question se pose sur un tout autre terrain. Ce n'est plus le médecin qui parle, c'est le député, c'est le législateur.

Et bien ! je trouve que les médecins qui demandent à être seuls à exercer la médecine lorsqu'ils ont le diplôme de docteur, devraient se rappeler qu'ils passent des examens de médecine légale, et qu'ils ont à leur disposition des livres de médecine légale très bien faits auxquels ils peuvent recourir chaque fois qu'ils sont requis par les magistrats pour des causes difficiles.

Il y a trois cas dans lesquels le médecin expert peut être embarrassé : l'avortement, l'empoisonnement, et certains coups ou blessures, comme la strangulation.

Un membre à gauche. Sans compter les autres cas !

M. ARMAND DESPRÈS. Je n'ose pas vous dire que vous avez raison ! (*On rit.*)

Donc, dans ces trois cas-là il y a des difficultés immédiates. Mais qu'est-ce qu'on demande au médecin ? On lui demande simplement, s'il s'agit d'un empoisonnement, un certificat ou un court rapport indiquant si les symptômes qu'a éprouvés le malade avant de mourir sont ceux d'une maladie connue ou non. Eh bien, je dis que tout docteur en médecine est capable de faire cette déclaration, et que, s'il se refuse à témoigner, il ne peut invoquer aucun prétexte : car il n'est pas digne d'un médecin expert de prétendre qu'il n'est pas assez payé en recevant 6 fr. pour l'expertise.

M. DELLESTABLE. Ce n'est pas la question !

M. ARMAND DESPRÈS. Je vous demande pardon. Elle a été posée, sans cela je ne serais pas à la tribune.

M. DELLESTABLE. Le médecin commence par se rendre chez son client ; ensuite il s'occupe des honoraires ; mais il ne se fait pas payer d'avance, comme les avocats, qui ont l'habitude de se faire remettre une provision (*Exclamations sur divers bancs.*)

M. LASCOMBES. Les avocats n'ont jamais refusé leur ministere aux indigents qui ne pouvaient pas les payer.

M. LE PRÉSIDENT. Est-ce que nous allons passer

en revue toutes les professions ? Quel est donc cet esprit de particularisme qui semble s'emparer de vous, messieurs ? Vous êtes ici pour légiférer dans l'intérêt de tous, et non pour faire successivement la critique de chaque profession. (*Très bien ! très bien !*)

Peu importe qu'ils soient payés avant ou après, pourvu qu'ils le soient ! (*Rires d'assentiment.*)

M. ARMAND DESPRÉS. Je disais, messieurs, que les réclamations des médecins qui seraient fondées sur la modicité des honoraires qui leur sont alloués pour les expertises ne doivent pas entrer en ligne de compte dans votre jugement.

Il se trouvera toujours un grand nombre de médecins prêts à remplir leur devoir, et j'en connais personnellement qui n'ont jamais réclamé leur indemnité. (*Très bien ! très bien !*)

M. BOURGEOIS. (Vendée). Je demande la parole. (*Exclamations*).

M. ARMAND DESPRÉS. Pour bien juger ce que disait tout à l'heure M. le commissaire du Gouvernement et ce qu'a appuyé l'honorable rapporteur, notre collègue M. Chevandier, je rappellerai qu'il n'est pas nécessaire d'être le premier homme en médecine légale pour ne pas se tromper, et qu'il suffit dans presque tous les cas d'avoir une instruction suffisante ; je rappellerai, pour tous les membres de cette Assemblée qui ont entendu parler du procès de Mme Lafarge, la dispute homérique qui s'est élevée entre le docteur Orfila, professeur de médecine légale, doyen de la faculté de médecine, et Raspail, chimiste distingué de l'école de pharmacie ; ces deux illustres savants n'ont pu s'entendre, ils se sont aigrement disputés avec des arguments bons et mauvais, et si la justice n'avait eu, pour se décider, que leurs arguments, elle serait encore à rendre son jugement dans un procès célèbre. (*Rires.*)

En matière de sciences médicales, toutes choses ne sont pas toujours facilement explicables, et quand il se présente un cas compliqué d'empoisonnement, par exemple, ou quand on se trouve en face de certaines difficultés, on a recours à toutes les lumières de la faculté de médecine, de l'école de pharmacie et du Collège de France. Mais, pour les cas simples où il ne peut y avoir que de faibles doutes, le moindre médecin de campagne — docteur en médecine, puisque vous avez supprimé les officiers de santé — est capable de les reconnaître ; il est également parfaitement capable de préciser la nature des coups et blessures et de renseigner la justice à cet égard, et il peut au besoin consulter ses livres avant de rédiger son rapport.

Dès lors, je vous prie, pour l'honneur du corps médical et aussi pour l'honneur de la Chambre, d'accepter l'amendement de M. Grousset. (*Très bien ! et applaudissements.*)

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Bourgeois.

M. BOURGEOIS (Vendée). Messieurs, il est d'usage qu'un simple député ait toujours le droit de répondre à un ministre ; un simple médecin doit avoir le droit de répondre à son maître. (*Sourires approbatifs.*) Je m'élève avec une véritable indignation contre l'accusation qu'on a paru lancer tout à l'heure contre les médecins. Je suis même fort étonné qu'on ait mis en avant une pareille insinuation. Il ne faut pas croire que c'est parce qu'il se trouverait insuffisamment rémunéré par la misérable somme de 6 fr. qui lui est allouée pour une expertise, qu'un médecin refuserait de remplir son rôle de médecin légiste.

Le corps médical tout entier protesterait avec moi, et Dieu merci ! il a fait assez souvent ses preuves pour qu'on lui épargne les critiques. (*Très bien ! très bien !*)

Je le répète, je repousse absolument cette accusation. Il n'y a pas un médecin, à commencer par moi, je le dis hautement, qui dans toute sa vie n'ait donné les preuves d'une grande modération pour le payement de ses honoraires, et qui ait jamais pressuré ses malades. Je parle surtout du modeste praticien des campagnes. La médecine gratuite, les soins désintéressés donnés à ses clients, c'est encore pour nous médecins la plus sûre récompense, et je dois le dire, nous ne trouvons pas toujours des ingrats ! (*Très bien !*)

J'arrive aux observations qu'a présentées M. Desprès, notre honorable collègue et confrère ; il me permettra de lui répondre. En terminant, il nous a cité l'exemple d'Orfila et de Raspail qui n'étaient pas les premiers venus, j'imagine, comme médecins légistes, et qui se sont trouvés absolument en désaccord dans une affaire célèbre d'empoisonnement. Il nous a dit que finalement ces deux grands médecins, ces deux grands savants, n'avaient pu s'entendre. Je demande à l'honorable M. Desprès si deux simples médecins habitant la campagne, deux ruraux, allais-je dire, s'entendraient mieux dans un cas analogue, et s'ils pourraient éclairer suffisamment la justice. (*Aux voix ! aux voix !*)

Messieurs, j'ai encore une observation à faire, c'est la dernière ; je ne suis pas long, comme vous voyez, et je vous ferai observer que vous avez déclaré l'urgence sur la loi en discussion. Par conséquent, il convient que je puisse m'expliquer librement. Deux mots me suffiront.

L'honorable M. Desprès nous a dit :

« Tous les médecins, quand ils étaient étudiants en médecine, ont passé des examens de médecine légale. Donc ils sont aptes à faire des experts et à remplir le rôle que la justice leur donnera. » Eh bien, qu'il me permette de lui répondre que tous les médecins, lorsqu'ils étaient étudiants, ont passé aussi des examens de médecine opératoire, et cependant s'il s'agit de faire couper un bras ou une jambe, de procéder à une grande et délicate opération, on préférera, et avec raison, toutes les fois qu'on en aura les moyens, faire demander l'honorable M. Desprès. (*Murmures approbatifs.*)

Que pouvez-vous faire de mieux pour ménager les susceptibilités et la modestie, qui, après tout, n'est pas un crime ? Il vaut mieux, dans certaines circonstances, se récuser que d'obéir à un sentiment de fatuité, au risque d'égarer la justice et de tuer le malade.

M. MULLER. Le parquet aura le choix.

M. BOURGEOIS (Vendée). Et puis, le médecin se dérobe-t-il quand il s'agit de flagrant délit ? Non. Mais n'avez-vous pas près des parquets, attachés aux parquets, des médecins légistes enchantés de jouer ce rôle ? Il est question de créer un corps de médecins légistes experts qui seront chargés de se rendre sur les différents points du territoire.

Vous n'avez bien qu'un seul bourreau qui va par toute la France : il est aussi naturel que, pour les cas difficiles, délicats, vous puissiez aussi avoir un personnel de spécialistes de cent, deux cents médecins légistes chargés plus spécialement de la médecine légale. Laissez le modeste praticien à ses malades ; ne lui imposez pas un rôle, un devoir gênant au détriment de sa clientèle et sans réel

profit pour la justice. (*Très bien ! très bien ! sur divers bancs*).

M. LE PRÉSIDENT. Je mets aux voix la prise en considération de l'amendement de M. Grousset.

Il y a une demande de scrutin, signée de MM. Rozet, Bertrand, Jacques, Francis Charmes, Clausel de Coussergues, Royer, de Mahy, Armez, du Perier de Larsan, Léon Say, Loreau, Legludic, Noel-Parfait, Gaussorgues, Denizot, Papelier, Viox, etc.

Le scrutin est ouvert.

(Les votes sont recueillis. — MM. les secrétaires en font le dépouillement.

M. LE PRÉSIDENT. Voici le résultat du dépouillement du scrutin :

Nombre des votants.................. 493
Majorité absolue.................. 247

Pour l'adoption............. 423
Contre............. 70

La Chambre des députés a adopté.

En conséquence, l'amendement est pris en considération et renvoyé à la commission.

Je pense qu'en présence de cette majorité, la commission l'accepte ? (*On rit.*)

M. LE RAPPORTEUR. La commission et le Gouvernement acceptent l'amendement.

M. DUCOUDRAY. Il faudra une sanction !

M. LE PRÉSIDENT. Je mets aux voix, au fond, l'amendement qui est accepté par la commission et le Gouvernement.

(L'amendement, mis aux voix est adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. L'article nouveau prendra le numéro 30.

« Art. 31. — L'article 463 du code pénal n'est pas applicable. »

M. DAVID (Alpes-Maritimes). La commission substitue à cette rédaction l'article 31 du projet du Gouvernement.

M. LE PRÉSIDENT. L'article 31 serait alors ainsi rédigé :

« L'article 463 du code pénal est applicable dans tous les cas prévus par les articles 21, 22, 24, 25, 26, 27 et 29 de la présente loi. »

Il y aura lieu, après le vote du projet, de reviser le numérotage des articles et d'y ajouter l'article nouveau de M. Grousset.

M. Vilfeu avait déposé un amendement, qui devient alors inutile ?

M. VILFEU. Parfaitement, monsieur le président ; la rédaction du Gouvernement me donne satisfaction.

M. LE PRÉSIDENT. Je mets aux voix l'article 31.

(L'article 31 est adopté.)

« Art. 32 (ancien 30). — La présente loi est applicable à l'Algérie et aux colonies, sans préjudice des dispositions spéciales édictées par les lois, décrets et règlements qui visent l'exercice de la médecine sur leurs territoires respectifs. » — (Adopté.)

« Art. 33. (ancien 31). — Sont et demeurent abrogés : la loi du 19 ventôse an XI, l'article 27 de la loi de germinal an XI, le troisième paragraphe de l'article 2101 du code civil, le dernier paragraphe de l'article 2272 du même code en ce qui concerne seulement les médecins, et généralement toutes les dispositions de lois et règlements contraires à la présente loi. » — (Adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. Le Gouvernement demande le rétablissement de l'article 32 de son projet, que la commission avait supprimé, et qui porterait le numéro 34. Il est ainsi conçu :

« La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine peuvent être prononcées accessoirement à la peine principale contre tout médecin, officier de santé, dentiste autorisé ou sage-femme, qui est condamné :

« 1° A une peine afflictive ou infamante ;

« 2° A une peine correctionnelle prononcée pour crime de faux, pour vol et escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 334 et 345 du code pénal ;

« 3° A une peine correctionnelle prononcée par une cour d'assises pour les faits qualifiés crimes par la loi.

« En aucun cas, la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine n'est applicable aux crimes ou délits politiques. »

M. DELLESTABLE. La commission accepte le rétablissement de cet article.

M. BROUARDEL, *commissaire du Gouvernement*. Je demande à dire quelques mots.

M. LE PRÉSIDENT. Vous avez la parole.

M. BROUARDEL, *commissaire du Gouvernement*. Voici la situation que je désire signaler à la Chambre. Il est arrivé parfois — très rarement — que des médecins ont commis un crime dans l'exercice de leur profession : avortement, viol, etc. Nous ne pouvons pas admettre qu'un individu qui a ainsi manifesté son indignité, alors même qu'il l'aurait expiée par trois, quatre ou cinq ans de prison, vienne, par exemple, après avoir été condamné pour avortement, afficher sur sa porte : « X... soigne les femmes enceintes. » Il y a là une question de moralité.

La commission et le Gouvernement estiment que, quand un homme a ainsi gravement trahi la confiance d'une famille, il est indigne d'être protégé. (*Très bien ! très bien !*)

Nous demandons le rétablissement de cet article qui vise les crimes professionnels.

M. LE PRÉSIDENT. Je mets aux voix l'article.

(L'article 34 (nouveau) est adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. Maintenez-vous aussi l'article suivant concernant la pénalité ?

M. LE COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. Oui, monsieur le président.

M. LE PRÉSIDENT. « Art. 35.—L'exercice de la médecine par les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine, dans les conditions spécifiées à l'article précédent, tombe sous le coup des articles 22, 23, 24, 25 et 26 de la présente loi. »

(L'article 35, mis aux voix, est adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. Il reste à statuer sur l'article 21, qui a été réservé par suite du renvoi à la commission de l'amendement de M. Le Cerf.

M. LANGLET. Je demande la parole au nom de la commission.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Langlet au nom de la commission.

M. LANGLET. Je crois que l'accord est fait sur l'article 21. Notre honorable collègue demandait qu'on supprimât les mots « conseils habituels » et « manœuvres opératoires ». La commission accepte qu'on supprime les mots « conseils habituels », mais elle maintient énergiquement les mots « manœuvres opératoires » dans le texte du projet de loi.

M. LE CERF. Après les déclarations qui viennent d'être faites au nom de la commission, je retire mon amendement, sous le bénéfice toutefois des observations qui ont été échangées, et qui indiquent que nous sommes d'accord, la commission et moi, pour

que les mots « manœuvres opératoires » n'aient pas un sens par trop large. (*Très bien ! très bien !*)

M. LE PRÉSIDENT. Le premier paragraphe de l'article 21 serait alors ainsi rédigé :

« 1° Toute personne qui, n'étant pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, ou qui, n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles 6, 7, 8, 9, 10 et 13 de la présente loi, prend part au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique des accouchements et de l'art dentaire, soit par une direction suivie, soit par des manœuvres opératoires ou applications d'appareils. »

(Le paragraphe 1er, mis aux voix, est adopté. — Les autres paragraphes et l'ensemble de l'article 21 sont ensuite mis aux voix et adoptés.)

M. LE PRÉSIDENT. Il y a une disposition additionnelle de M. Isambard. (*Exclamations.*)

M. LE RAPPORTEUR. Elle est retirée.

M. LE PRÉSIDENT. Alors je mets aux voix l'ensemble du projet de loi.

(L'ensemble du projet de loi est mis aux voix et adopté.)

SCRUTIN

Sur la prise en considération de l'amendement de M. Grousset au projet de loi sur l'exercice de la médecine.

Nombre des votants	468
Majorité absolue	235
Pour l'adoption	412
Contre	56

La Chambre des députés a adopté.

ONT VOTÉ CONTRE :

MM. Bargy. Baulard. Bizarelli. Boissy-d'Anglas. Boudenoot. Boullay. Bourgeois (Paul) (Vendée).

Chautemps. Chavoix. Chevandier. Clament (Clément). Cochery (Georges). Cosmao-Dumenez.

Dellestable. Dreyfus (Camille). Dron. Dubois (Arnauld) (Corrèze). Ducoudray. Dujardin-Beaumetz (Aude). Dupuy (Charles) (Haute-Loire).

Gacon. Gillot. Gotteron. Grisez.

Hémon.

Isambard (Eure).

Jacques.

Lacroix. Lavy. Le Borgne. Leroy (Arthur) (Côte-d'Or). Levêque.

Madier de Montjau. Magnien. Martinon (Creuse). Mas. Mathé (Henri (Seine). Maujan. Ménard-Dorian. Mesureur. Moreau (Emile).

Pierre-Alype.

Révillon (Tony). Rey (Lot). Rolland.

Salis. Sarrien. Signard. Spuller.

Theulier. Thorel.

Vacherie. Varlet. Vernière. Viger. Vival.

REPORTAGE MÉDICAL

Souscription Chevandier

3e *liste*

Charayron, Gaillefontaine (Seine-Inférieure). — Hénouille, Arcueil-Cachan (Seine). — Ordonneau, Mouilleron (Vendée). — Lejeune, Meursault (Côte-d'Or). — Coliez, Longwy (Meurthe-et-Moselle). — Destrem, 112, rue Lecourbe, Paris. — Syndicat d'Etampes (Seine-et-Oise).

HOPITAL BICHAT : *Leçons de clinique et de thérapeutique.* — M. Henri HUCHARD commencera ses leçons à l'hôpital Bichat le *Dimanche 26 avril à dix heures très précises*, et les continuera les *Dimanches* suivants à la même heure.

OBJET DU COURS : Médecine pratique. — Diagnostic et traitement des maladies. — Mode d'administration et posologie des médicaments.

Le *Lundi*, conférence de séméiologie aux salles Louis et Bazin. — Le *Mardi* et le *Vendredi*, consultations externes. — Le *Mercredi* et le *Samedi*, visite des malades nouveaux, à 9 heures 1/2. — Le *Jeudi*, consultation pour les maladies du cœur ; travaux pratiques dans les laboratoires de thérapeutique et d'anatomie pathologique.

FORMULAIRE DU CONCOURS MÉDICAL

Potion de colchique pour mettre fin à l'attaque de goutte aiguë.

Vin de colchique	12 gram.
Hydrolat de menthe	} aa 30 gram.
Hydrolat de tilleul	} aa 30 gram.
Sirop d'écorces d'oranges	} aa 30 gram.

On ne doit commencer à administrer cette potion qu'au douzième jour de l'attaque de goutte. Il suffira généralement de la faire prendre trois jours de suite.

P. L. G.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine :

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE

4, rue Antoine-Dubois, 4

I. — *Questions de l'internat ; Manuel du candidat*, publié sous la direction de M. le Dr Morain avec la collaboration d'un groupe d'anciens internes des hôpitaux de Paris, in-18 de 630 pages. Prix fort : 7 fr. 50, net 6 fr., franco pour MM. les membres du Concours médical.

Nous recommandons ce manuel à tous ceux de nos confrères qui ont à diriger soit un fils, soit un parent vers la carrière médicale ; toutes les questions posées le plus souvent par le jury s'y trouvent magistralement traitées et traitées comme elles doivent l'être en un temps donné. Citons au hasard quelques chapitres : Angine diphtéritique ; Artère pulmonaire ; Calculs vésicaux ; Ictères graves ; Urémie ; Complications de la scarlatine ; Paralysie radiale, etc., etc. Le candidat se trouvera au courant des méthodes les plus nouvelles de traitement et de diagnostic puisque l'ouvrage est dû à la plume de plusieurs internes.

II. — La dix-huitième livraison des *Sciences biologiques* contient un article long et intéressant, illustré d'une centaine de gravures sur les *Instruments de chirurgie à la fin du dix-neuvième siècle*. Prix franco : 1 fr. 25. Rappelons que l'ouvrage entier coûte en souscription 30 francs et qu'en adressant 15 fr. de suite on peut recevoir les 18 livraisons déjà parues ; les 15 autres francs payables à la remise du volume dont le prix sera augmenté pour les non-souscripteurs.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André, Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE.

LA SEMAINE MÉDICALE

Abcès osseux consécutif à une fièvre typhoïde et causé par le bacille d'Eberth.

On sait que le bacille pathogène de la fièvre typhoïde peut causer des suppurations contrairement à l'opinion qu'on avait eue d'abord, lorsqu'on pensait que toute collection purulente, survenue au cours de la dothiénentérie était la conséquence d'infections secondaires par les microbes pyogènes (staphylocoques, streptocoques, pneumocoques). Cependant M. Rendu avait signalé le bacille d'Eberth dans une pleurésie purulente consécutive à une fièvre typhoïde, M. Raymond citait récemment le cas d'un abcès de la paroi abdominale survenu après une fièvre typhoïde et contenant le bacille typhique seul ; M. Cornil vient de rapporter à l'Académie un fait d'ostéo-myélite suppurée où on a trouvé, huit mois après une fièvre typhoïde, l'agent pathogène de cette maladie.

Traitement de la phthisie par la respiration d'atmosphères créosotées et eucalyptées sous pression.

M. *G. Sée* a fait connaître à l'Académie le contenu d'un pli cacheté déposé par lui au mois de novembre dernier. Il s'agit de l'inhalation d'atmosphères artificielles médicamenteuses sous pression. Le phthisique doit séjourner de 3 à 6 heures par jour dans un appareil à air comprimé contenant des fumigations de créosote mêlée à l'eucalyptus. La première pensée qui vient, c'est que ce n'est pas là une grande nouveauté, puisque M. Tapret a inauguré depuis plusieurs années les inhalations et vaporisations créosotées, dont nous avons parlé dans ce journal. M. G. Sée va au-devant de l'objection en nous disant, dans sa note académique, que les inhalations simples de créosote et d'eucalyptus n'ont aucun effet et qu'il en est de même de l'air comprimé employé seul, mais que la combinaison des deux moyens détermine une absorption énorme de créosote sur toute la surface pulmonaire atteinte ou indemne. Après avoir énuméré tous les bons effets qu'il attribue à sa méthode, retour de l'appétit, augmentation du poids, chute de la fièvre, guérison des hémoptysies, diminution de la toux, cessation de la dyspnée, modifications favorables des crachats, — en un mot tout ce que nous promettent tous les inventeurs d'un des procédés de guérison de la phthisie qui se succèdent avec une rapidité folle sur la scène médicale, — M. Sée ajoute, avec une modestie relative, que l'atmosphère créosotée sous pression ne constitue pas un moyen de guérison définitive, mais produit un arrêt complet de la maladie et lui paraît un moyen certain de faire vivre les phthisiques arrivés au deuxième degré.

Et quelle est, me direz-vous, la statistique du professeur de l'Hôtel-Dieu ? — Il a traité 12 malades, dont il faut défalquer 2 cas de bronchite chronique sans bacilles, et aussi 3 malades qui ont refusé de continuer le traitement ; c'est donc 7 cas tout uniment qui servent de base aux conclusions ci-dessus énoncées.

Des injections d'huile créosotée dans la tuberculose ganglionnaire.

M. *Burlureaux*, professeur agrégé du Val de Grâce, a obtenu de beaux succès dans le traitement des adénopathies tuberculeuses par les injections d'huile créosotée à hautes doses (Société française de dermatologie). Ces injections doivent être très lentes pour ne pas être douloureuses ; l'auteur se sert d'un appareil qu'il a construit et qui offre les avantages d'une pression constante, d'une asepsie facile, d'une introduction lente et continue. Quand l'huile créosotée est irréprochable, il n'y a aucune réaction inflammatoire et la douleur est insignifiante. M. Burlureaux a présenté des malades débarrassés en un mois d'adénites volumineuses du cou et il peut citer des obser-

vations où la guérison s'est maintenue depuis deux ans.

Angine œdémateuse très grave causée par insufflation de salol dans le conduit auditif externe.

M. *Morel-Lavallée* a signalé un cas où de la poudre de salol fut insufflée dans le conduit auditif externe pour tarir la sécrétion muco-purulente de syphilides érosives, chez une femme prédisposée d'ailleurs aux éruptions pathogénétiques, puisqu'elle avait déjà eu, sous l'influence du traitement spécifique, de l'hydrargyrie cutanée. Deux jours après l'insufflation, survenaient un érythème vésiculeux énorme du pavillon de l'oreille et bientôt une angine œdémateuse aiguë avec dyspnée si formidable, que, pendant douze heures, on se tint prêt à faire la trachéotomie d'urgence. Après la cessation du traitement et grâce à des pulvérisations émollientes, l'angine cessa en 48 heures.

La dépopulation de la France : les tours et le bureau ouvert. — Les maisons pour accouchement secret.

Dans la discussion qui se continue à l'Académie, M. *Le Fort* rappelle que la commission propose de remplacer les tours par des bureaux ouverts dans lesquels le secret sera gardé ; M. Guéniot préfère les tours. Pour M. Le Fort, ni l'un ni l'autre ne peuvent remédier à la fréquence des avortements. A Vienne, à Prague, en Russie, il existe des dispositions qui permettent à une femme d'accoucher secrètement, de telle façon que l'on ne peut voir son visage ; les chambres sont isolées et, en Russie, l'hospice des enfants trouvés est annexé au service secret d'accouchements. En France, une fille enceinte ne peut accoucher secrètement, aussi emploie-t-elle l'avortement pour cacher sa faute.

M. *Tarnier* fait remarquer qu'il y a eu à la Maternité un réglement permettant à l'accouchement d'être secret, mais il est tombé en désuétude aujourd'hui. Cependant, encore maintenant, la femme, tout en donnant les renseignements habituels, peut exiger qu'ils restent secrets ; de même on déclare, si la mère le désire, l'enfant comme né de père et de mère non dénommés. Les femmes peuvent être masquées et refuser les renseignements. M. Tarnier, étant interne, a accouché une femme masquée et, comme il lui demandait une explication, elle retira son masque et lui montra son visage rongé par un lupus.

M. *Le Fort* insiste sur ce point qu'il y a toujours une inscription sur un registre et que, de plus, tous ces réglements sont ignorés et inappliqués ; il n'y a pas de chambres isolées.

Pour M. *Tarnier*, le secret relatif est préférable au secret absolu, car il peut survenir des morts.

Pour M. *Brouardel*, ni le tour ni le bureau ouvert n'empêcheront les veuves ou filles réputées honnêtes de se faire avorter. Ces malheureuses tentent tout pour éviter le déshonneur. Il faudrait donc qu'elles puissent cacher la fin de leur grossesse et qu'il y ait des maisons spéciales pour les recevoir. Le tour ou le bureau ouvert seront utiles pour les domestiques, les filles de magasin, les femmes dans la misère, et quelques personnes de cette catégorie pourront du reste laisser leur grossesse venir à bien si elles peuvent escompter la fin et être à l'abri du besoin pendant ce temps.

La fréquence des infanticides augmente chaque jour en France. De 1826 à 1835, il y en avait 975; de 1876 à 1880, on en compte 970. Sur 5 infanticides, 4 sont commis à la campagne, 1 à la ville, tandis que sur 10 habitants 7 sont à la campagne, 3 à la ville. Sur 100 infanticides, 64 sont commis par des célibataires, 12 par des femmes mariées, 24 par des veuves.

Il résulte d'une enquête faite par M. Soquet, que depuis la fermeture des tours, les infanticides ont triplé dans les Pyrénées-Orientales, l'Oise ; doublé dans le Morbihan, la Mayenne, la Loire-Inférieure, le Jura, les Hautes-Alpes, la Nièvre, la Haute-Marne ; augmenté dans l'Indre-et-Loire, la Haute-Vienne, la Corse, la Haute-Garonne, la Seine-et-Oise, la Gironde, la Sarthe, le Cantal ; qu'ils sont restés stationnaires dans l'Ain, la Côte-d'Or, la Seine et le Rhône.

En somme, dans les départements ayant des grandes villes où se réfugient les filles-mères, la suppression des tours n'a pas modifié le nombre des infanticides. Au contraire, dans les départements essentiellement ruraux, la suppression des tours a doublé ou triplé le nombre des infanticides.

Appuyant la proposition de M. Le Fort, M. Brouardel demande à l'Académie de faire précéder la conclusion qui lui est soumise de la phrase suivante : « Pendant les derniers mois de leur grossesse, les filles et les femmes qui ne peuvent plus travailler, soit à cause de leur état de santé, soit parce que leur état de grossesse ne leur permet plus de conserver leur place, doivent être hospitalisées dans des conditions telles que, si elles le désirent, le secret absolu soit gardé sur leur présence et sur leur accouchement. »

M. *Lagneau* reconnaît qu'une maison où les femmes pourraient accoucher en secret serait fort utile. Mais, parmi les femmes se présentant pour abandonner leurs enfants, deux ou trois sur cent seulement sont désireuses de garder le secret. Des quatre-vingt-dix-sept autres quelques-unes sont des femmes débauchées qui, à tout prix, veulent se débarrasser de leurs enfants, mais ne tiennent nullement au secret. Beaucoup sont des employées, des domestiques, qui, par leur emploi, sont mises dans l'impossibilité de conserver leurs enfants, et ne peuvent payer les frais de nourrices. Mais elles désirent avoir des nouvelles de leurs enfants et espèrent un jour pouvoir les reprendre.

La plupart sont des ouvrières, les unes mariées, les autres filles-mères, qui, par insuffisance du gain quotidien, par misère, se trouvent dans l'obligation d'abandonner leurs enfants. Il importe que, lorsqu'elles se présentent au bureau dépositaire, la personne assermentée, tenant le bureau, puisse leur proposer des secours suffisants pour leur permettre d'allaiter, de garder leurs enfants. Il faut qu'elles deviennent les nourrices payées de leurs propres enfants. Dans le département de la Seine, il y a encore 8,500 de ces femmes recevant des secours, et plus de 4,000 d'entre elles reçoivent des secours d'allaitement. Les enfants allaités par leurs mères, de zéro à un an, présentent une mortalité d'environ 12 décès sur 100 enfants, alors que les enfants abandonnés comptent environ 33 décès sur 100 ; près de trois fois plus.

Pour empêcher la divulgation du secret, il faut interdire la recherche du domicile de secours, il faut que le département où la femme vient accoucher ne réclame aucun frais d'assistance au dé-

partement d'où provient cette femme. L'État intéressé à la conservation des enfants, seul devrait prendre part à sa charge ces frais d'assistance.

De la non-spécificité du microbe blennorrhagique.

M. *Eraud* (de Lyon) a trouvé dans l'urèthre de jeunes gens absolument indemnes de tout accident vénérien, dans la prostatite subaiguë et dans l'arthrite blennorragique, un diplocoque staphylocoque identique par ses réactions micro-chimiques, ses caractères morphologiques et ses cultures au diplocoque de Neisser obtenu dans des cultures pures. La méthode de Gram conduit à la décoloration de ces microbes, le saprophyte de l'urèthre se décolorant cependant un peu moins complètement.

M. Abadie a aussi étudié les ptomaïnes sécrétées par ces microbes. Il a particulièrement étudié la *diastase*. Cette substance n'est pas toxique, elle ne produit pas de phlogose ni de suppuration lorsqu'elle est injectée dans le tissu cellulaire d'animaux différents, mais, lorsqu'elle est injectée dans un des testicules du chien jeune, l'autre étant gardé comme témoin, on obtient ainsi de l'*orchite* d'abord, puis de la suppuration de la vaginale, et enfin l'*atrophie* du testicule.

En résumé, il y a donc lieu d'admettre que ces microbes divers (gonocoque, staphylocoque uréthral) sécrètent un ferment, une diastase qui semblent avoir une action élective sur le parenchyme testiculaire, et qui montrent qu'on peut obtenir de la suppuration sans l'intervention des microbes.

M. Eraud ne veut point émettre de théorie, mais il pense que la spécificité du gonocoque est fortement compromise, si surtout on considère que, sur d'autres champs de la sphère médicale, la spécificité microbienne est également mise en doute. Il croit qu'il y aura là bientôt un terrain neutre, qui pourra servir de trait d'union aux *phlogogénistes* et aux *virulistes*, et qui pourra montrer que si, dans la grande majorité des cas, il faut faire intervenir la contagion, dans d'autres cas plus rares, il faudra admettre l'idée d'un *transformisme*, en raison duquel le microbe pourra acquérir des propriétés virulentes sous l'influence de conditions encore à déterminer.

Le mercure dans le rhumatisme blennorrhagique.

M. *Morel-Lavallée* a vu deux cas de rhumatisme blennorrhagique guérir à la suite de l'administration de pilules de proto-iodure données pour une syphilis antérieure.

Dans un cas, il y avait des arthropathies à tendance plastique et, dans l'autre, une polyarthrite progressive, s'accompagnant d'atrophie musculaire, et simulant le rhumatisme noueux des pieds et des mains. Le traitement classique échoua dans ce dernier cas et la rétrocession des lésions ne fut obtenue que par l'administration de 0,10 de proto-iodure par jour. Peut-être le rhumatisme blennorrhagique, ou au moins quelques-unes de ses formes, se développent-ils mieux sur un terrain syphilitique? D'autre part, on pourrait aussi penser que le mercure exerce une action spécifique.

L'albuminurie liée à la blennorrhagie.

MM. *Balzer* et *Souplet* rappellent d'abord qu'un certain nombre de travaux ont été faits sur l'albuminurie blennorrhagique. Eux se sont surtout occupés des phases aiguës de la blennorrhagie qui ont été beaucoup moins étudiées à ce point de vue. Les urines de 103 malades leur ont donné les résultats suivants: Blennorrhagie, 50 cas, avec albuminurie, 9 cas. Orchites simples, 94 cas ; avec albuminurie, 10 cas. Orchites doubles, 19 cas ; avec albuminurie, 4 cas. Cela donne une proportion de 14 p. 100 environ.

Cette albuminurie est latente, elle s'accompagne souvent de cystite (6 cas) et d'orchite (14 cas), mais elle manque aussi chez des malades qui présentent ces complications de la blennorrhagie et quelquefois même sont très gravement atteints. Cette albuminurie est très variable dans sa marche et dans son intensité; elle peut être intermittente, sujette à des reprises après sa cessation complète, la durée moyenne a été de quatre ou cinq jours, et, dans certains cas, de trois semaines.

La plupart des malades n'avaient pas subi de traitement avant leur entrée, et MM. Balzer et Souplet n'ont pu juger de la nocuité des balsamiques; ils les regardent *comme nuisibles une* fois l'albuminurie déclarée.

Il convient, sans doute, d'expliquer cette albuminurie, avec les auteurs les plus récents, par l'urétérite et la pyélonéphrite ascendantes, mais il faut attribuer aussi un certain rôle à l'infection générale, surtout quand l'albuminurie est très abondante. Dans les cas d'orchite, notamment, sont réalisées des conditions favorables à la diffusion des principes infectieux et partant à la genèse de l'albuminurie.

Le repos, le régime lacté ont de prompts et heureux effets ; il est préférable que le régime lacté soit continué longtemps et sans adjonction des antiseptiques ou des balsamiques.

La conclusion pratique que nous voulons tirer de cette note, c'est que l'examen de l'urine s'impose au médecin au cours de la blennorrhagie ; il doit se rappeler cette assertion de Rayer, à savoir que les complications rénales dans cette maladie surviennent « moins rarement que ne le pensent la plupart des praticiens ».

L'axonge et la vaseline au point de vue de l'absorption cutanée (1).

On sait que les médecins ont une tendance à substituer la vaseline à l'axonge, comme excipient destiné à la préparation des pommades : mais l'absorption cutanée a-t-elle lieu de la même façon avec l'un ou l'autre de ces deux corps si différents ?

Tel est le point qu'ont cherché à élucider MM. Adam et Schoumacher, dans des expériences dont les résultats ont été publiés dans la *Revue de médecine vétérinaire.*

Tout d'abord, ces deux expérimentateurs ont cherché si réellement les corps gras sont absorbés par la peau et dans quelle mesure.

A cet effet, ils ont préparé une pommade avec 8 grammes d'axonge et des quantités variables de chlorhydrate de strychnine et ils ont appliqué cette pommade sans friction sur le sommet tondu

(1) *La Clinique*, 1891.

de la tête d'un chien; l'application ainsi faite, l'animal ne pouvait se lécher ; d'autre part, on avait pris la précaution d'examiner s'il n'existait pas sur la peau quelque solution de continuité qui aurait permis l'absorption du médicament. D'ailleurs l'animal était attentivement surveillé.

Avec une pommade contenant 0 gr. 05 de sel de strychnine, MM. Adam et Schoumacher n'ont observé aucun symptôme toxique ; avec une pommade renfermant 0 gr. 50, ils constatèrent simplement une hyperesthésie très faible ; avec une pommade contenant 2 grammes de sel, un chien de 5 kilogrammes fut pris d'accès tétaniques au bout de trois minutes et il mourut au bout de vingt minutes ; un chien de 36 kilogrammes succomba au bout de douze heures.

On pourra objecter que pendant l'opération de la tonte une écorchure avait pu être produite ; les auteurs ont fait intentionnellement sur la tête d'un chien une entaille très apparente, et cette circonstance ne contribua pas à rendre plus prompte la mort de l'animal.

Quand les expérimentateurs ont agi avec une pommade à base de vaseline préparée à la dose de 2 grammes de sel pour 8 grammes d'excipient, aucun phénomène d'intoxication ne s'est produit.

L'emploi de l'atropine au lieu de la strychnine a donné des résultats identiques ; avec l'axonge comme base il y eut de la mydriase, avec la vaseline rien.

Les auteurs concluent que l'absorption des pommades à base d'axonge est réelle, mais faible, puisqu'il faut des doses mille fois plus fortes que par injection hypodermique pour produire la mort. Quant à l'absorption des pommades à base de vaseline, elle est nulle si la peau est intacte.

MÉDECINE PRATIQUE

Pseudo-diabètes.

I. — *Diabète azoturique.*

Il est un état pathologique qui par ses principaux symptômes se rapproche beaucoup du diabète sucré, mais dans lequel les urines, ne contenant pas de sucre, éliminent d'une façon permanente une quantité excessive d'urée ; c'est le diabète azoturique (Demange), qui porte encore les noms de diabète insipide avec azoturie (R. Willis), polypissurie (Falck), azoturie essentielle (Lecorché).

A partir du moment où Thomas Willis eut découvert l'existence du sucre dans les urines des malades atteints de consomption chronique avec urines abondantes et soif, il resta un groupe de malades offrant les mêmes symptômes, mais dont les urines ne contenaient pas de sucre. On les désigna en bloc par la rubrique de diabète insipide jusqu'en 1838, où un autre Willis (Robert) distingua parmi eux trois catégories, la polyurie avec augmentation d'urée ou azoturie, la polyurie avec diminution de l'urée ou anazoturie, et la polyurie avec excrétion d'une quantité normale d'urée ou hydrurie.

Une nouvelle classification réduite à deux formes était proposée en 1853 par Falck, qui admettait la polypissurie ou polyurie avec augmentation de la densité de l'urine (azoturie) et la polydipsie ou polyurie avec diminution de cette densité (urée diminuée). Bouchardat consacra divers travaux à cette variété de diabète insipide qu'il considéra comme une forme nouvelle de consomption. Parmi les auteurs français qui se sont depuis occupés de la question, nous citerons Miquel, Kien et Kiener, M. Fernet, Bourdon, Hayem, M. Bouchard qui fit à la Faculté en 1874 des leçons sur l'azoturie publiées par M. Landouzy, M. Demange (1878).

Étiologie. — Le diabète azoturique a été vu plus souvent dans le sexe masculin. Bon nombre de cas de polyurie simple des enfants seraient en réalité des polyuries avec azoturie (Lecorché). Par contre, M. Bouchard a attiré l'attention sur une azoturie sans polyurie pouvant se montrer pendant l'adolescence chez les jeunes filles et dont nous donnerons la description à propos du diagnostic. Mais c'est entre vingt et quarante ans qu'on a observé surtout la polyurie avec azoturie ; on en connaît un cas à soixante-cinq ans. La cause la moins discutable est l'influence nerveuse : émotions morales telles que celles qui résultent de la mort d'un être aimé, d'une perte d'argent, d'une ambition déçue, d'un grand danger couru (frayeur par suite d'une chute à la mer (Rendu), douleurs physiques (M. Lecorché invoque pour en expliquer l'influence des expériences de Magendie amenant l'excrétion d'urée en excès par la production d'une douleur expérimentale).

M. Bouchard a noté l'action étiologique de la commotion cérébrale, comme Tood, et des tumeurs cérébrales d'origine syphilitique. M. Hayem a vu la polyurie avec azoturie succéder à une paralysie par lésions cérébrales. L'azoturie existait chez un malade atteint de myélite hyperplasique avec sclérose du bulbe (Lecorché).

Les autres causes de polyurie azoturique invoquées par divers auteurs sont les excès alcooliques (Kien), les variations extrêmes de température, les vers intestinaux, la masturbation (Fernet), des grossesses nombreuses. A ce propos M. Demange cite les recherches de M. Quinquaud, qui a montré que la quantité d'urée excrétée par la femme enceinte est de beaucoup supérieure à la moyenne de l'urée excrétée hors l'état de grossesse.

Symptômes. — Les individus atteints de polyurie avec azoturie présentent un tableau clinique presque identique à celui du diabète sucré le plus classique, si bien que le diagnostic entre ces deux états morbides est impossible sans l'analyse des urines. On trouve en effet chez ces malades, outre la polyurie, la polydipsie, la polyphagie, l'autophagie, la sécheresse de la peau et des troubles nerveux, ainsi que des complications telles que la phthisie à marche rapide. Puis quand, mis sur la voie du diabète par cet ensemble symptomatique, on s'empresse d'examiner les urines, on est surpris de n'y point trouver de sucre malgré plusieurs analyses, mais toujours on y constate une quantité excessive, parfois énorme, d'urée.

Le début de la polyurie azoturique est difficile à préciser dans la moitié des cas, mais dans les autres la maladie débute brusquement ; un malade de M. Bouchard éprouve un jour une faim dévorante deux heures après être sorti de table rassasié, et dès lors l'azoturie est constituée chez lui. Un malade de M. Rendu souffre d'abord de sueurs

profuses, puis la polyurie s'installe ; chez d'autres malades, une soif inextinguible est le premier symptôme.

M. Lecorché croit la soif moins ardente que dans le diabète sucré, mais pourtant des malades absorbent de 3 à 6 litres (Lasègue, Kiener) à 12 et 15 litres (Kien et Kiener), même à 30 et 40 litres (Bouchard).

La quantité d'urine émise, toujours inférieure à celle des boissons absorbées, quelquefois n'égalant pas la moitié de celles-ci (Bouchard), varie de 4 litres (Hayem) à 15 et 20 litres (Kien), augmentant par les émotions et les boissons, la polyurie est d'autant plus élevée que le chiffre quotidien d'urée excrétée est plus considérable.

L'urine qui a une couleur jaune plutôt claire que foncée, la saveur âcre et amère de l'urée et non la saveur sucrée du diabète glycosurique, est transparente à l'émission et franchement acide ; mais elle devient par le repos trouble et alcaline avec une odeur ammoniacale ; la perte de la transparence tient à la présence du mucus et à une assez abondante desquamation épithéliale des bassinets et des uretères, par suite de l'irritation que détermine sur leur muqueuse une urine trop riche en matières excrémentitielles. Les sédiments sont composés surtout d'acide urique et d'urates, et contiennent accessoirement de l'oxalate de chaux. La densité de l'urine varie de 1002 à 1050, en moyenne 1010 à 1020 ; elle est d'autant élevée que la polyurie est moindre.

Le chiffre de l'urée varie de 33 à 133 grammes ; la moyenne est de 50 à 90 grammes. L'acide urique n'est que rarement en grand excès, cependant Bouchardat a trouvé jusqu'à 6 grammes. Les matières extractives azotées sont aussi en excès : uroxanthine, créatinine, etc. On a trouvé des chiffres de 38 à 88 grammes do matières extractives. L'urochrome est en quantité normale (Bouchard). Les chlorures montent à 15 et 30 grammes et les phosphates à 5 et 9 grammes. Ces proportions excessives de déchets sont expliquées en grande partie par la polyphagie qui est parfois extraordinaire. Lasègue a vu un malade qui consommait 10 livres de pain par jour.

L'appétit boullmique se maintient jusqu'au jour où le tube digestif est surmené ; alors les troubles gastro-intestinaux sont, comme chez le diabétique glycosurique, le prélude de la faillite de l'organisme.

Tout en donnant satisfaction à son appétit formidable, le polyurique azoturique est constamment fatigué, d'une faiblesse croissante et toujours maigre, il s'amaigrit lentement sans avoir traversé la phase d'embonpoint du diabétique ; il n'a pas, comme celui-ci, la langue sèche et noirâtre, les gencives saignantes et les dents cariées. Mais sa peau est pâle et sèche ; sur son visage jaunâtre aux pommettes injectées se lisent la langueur et le découragement ; les mains sont souvent violacées. Avec un pouls petit, une respiration peu active qui rend les efforts de la marche surtout ascensionnelle presque impossibles, on peut trouver une température inférieure à la normale de quelques dixièmes de degré.

Le cortège des troubles nerveux est d'autant plus remarquable que c'est par eux qu'on est souvent mis sur la piste du diagnostic d'un diabète sucré avant d'être ramené à celui de polyurie azoturique par l'analyse des urines. Les principaux accidents nerveux sont la céphalée continue ou intermittente, des névralgies intercostales ou des membres inférieurs, tantôt une hyperesthésie cutanée avec prurit (Hebra), tantôt une anesthésie tactile avec hyperalgésie et thermohyperesthésie de la peau et des muqueuses (Lasègue) ; on a noté des troubles sensoriels : perte du goût et de l'odorat, photophobie ou amblyopie sans lésion visible à l'ophthalmoscope ou avec apoplexie rétinienne (Galezewski). L'impuissance est presque constante (Vogel, Bouchard). Les règles sont supprimées dès le début (Vogel), ou seulement à la période cachectique (Lecorché), quelquefois conservées.

On a encore signalé du tremblement, des mouvements convulsifs limités ou généralisés et survenant par accès, un état comateux aboutissant à la mort.

Les troubles cérébraux sont précoces : outre la céphalée, l'insomnie, des vertiges, fatigue cérébrale croissante, perte de la mémoire, déchéance intellectuelle progressive jusqu'à l'idiotie et l'imbécillité (Bouchard).

La marche est ordinairement chronique ; la maladie peut rester 10 ans stationnaire (Kien) ; on sait d'ailleurs rarement à quelle époque elle a débuté, *puisque sa découverte est en général un* effet du hasard ; l'attention est attirée tantôt par la boulimie, la soif, la polyurie ou l'amaigrissement, quand ce n'est pas une suppression inexplicable de la puissance génitale qui met sur la *voie, comme dans un cas de M. Bouchard où un* homme, marié depuis six mois, n'avait pu avoir de rapprochement avec sa femme.

Après des périodes d'amélioration trompeuse, la cachexie survient par suite de l'amaigrissement squelettique, le malade s'alite définitivement avec des œdèmes : l'azoturie alors a cessé par suite même de la perte de l'appétit et de la digestion, la polyurie et la soif pouvant persister. La mort peut survenir par les progrès du marasme avec accidents hémorrhagiques (pétéchies, épistaxis, hémoptysies) ou gangréneux ; quelquefois par des accidents nerveux convulsifs ou comateux, le plus souvent par une phthisie pulmonaire à marche rapide comme dans le diabète sucré. On a vu la guérison survenir soit par intercurrence d'une maladie fébrile ; fièvre intermittentente, fièvre éruptive, pneumonie (Bouchard), soit par l'action d'un médicament : la valériane (Bouchard), l'opium (Hayem).

M. Lecorché a admis une forme aiguë pouvant ne durer que deux ou trois semaines. M. Demange pense que ces cas sont des polyuries azoturiques passagères comme on en voit dans certaines convalescences.

Le DIAGNOSTIC est à faire avec le diabète sucré, le diabète hydrurique ou polyurie insipide, les diverses polyuries symptomatiques d'affections nerveuses avec ou sans lésions, de la néphrite interstitielle. Outre les symptômes particuliers à quelques-uns de ces états morbides, c'est l'analyse des urines, le dosage de l'urée et des matières extractives fait régulièrement à plusieurs reprises pendant un temps suffisant, qui sera la base du diagnostic.

On ne doit pas confondre la polyurie azoturique avec l'azoturie sans polyurie, symptomatique de divers états de dénutrition intense (gastrite, dilatation de l'estomac, tuberculose).

On doit distinguer de la polyurie azoturique un état morbide que M. Bouchard a décrit (*Tribune médicale* 1873) sous le nom d'*azoturie sans poly-*

urie. Cet état est confondu généralement avec la chlorose, s'observe surtout dans l'adolescence, plus particulièrement chez les jeunes filles — et est caractérisé par une faiblesse générale avec tristesse, hypochondrie, sécheresse et teinte terreuse de la peau, sensibilité excessive au froid, perte de l'appétit sans trouble dyspeptique, constipation, amaigrissement rapide, souvent excessif, apyrexie. Les urines sont en quantité normale et peu diminuée ; leur densité est très élevée ; M. Bouchard l'a vue monter jusqu'à 1049 ; elles contiennent de l'urée, des matières extractives et de l'acide phosphorique en excès (*Exposé des titres scientifiques*, 1886).

Le TRAITEMENT de la polyurie azoturique doit se proposer avant tout de lutter contre la dénutrition excessive. Un régime approprié surtout azoté, et dont il n'est pas nécessaire de supprimer les féculents, sera institué. Le repos doit être absolu au lit ; comme médicament antidéperditeur, la quinine, l'arsenic, l'opium, la valériane ont été surtout employés. M. Bouchard a réussi à guérir par des doses fractionnées de 8 à 30 grammes d'extrait de valériane par 24 heures. On peut reprocher à l'opium, que préconisent Hayem et Lecorché, de diminuer l'appétit et par suite la polyphagie, qui est la sauvegarde du malade. La codéine vaut mieux, associée surtout à la strychnine, excellent tonique du système nerveux. L'iodure de potassium ne serait indiqué que dans des cas où la syphilis paraîtrait être la cause de l'état morbide, comme M. Bouchard l'a signalé ; encore faudrait-il administrer avec prudence ce médicament qui active la dénutrition.

II. — *Diabète phosphaturique.*

La phosphaturie, qui a été décrite par M. J. Teissier sous le nom de diabète phosphatique (1) est généralement symptomatique d'une dénutrition phosphatée sous l'influence de la tuberculose pulmonaire et ganglionnaire ou d'une maladie nerveuse.

Quand les urines contiennent des phosphates en excès, on y remarque souvent des paillettes brillantes tenant à la présence de gros cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien et une légère couche irisée à la surface, surtout s'il y a en même temps excès d'urates et oxalurie. Ces urines deviennent rapidement alcalines.

MM. Laveran et J. Teissier divisent en trois catégories les faits de phosphaturie, qu'ils désignent en bloc sous la rubrique diabète phosphatique.

1° Il y a des cas de polyurie avec déperdition exagérée des phosphates à bases alcalines dans diverses affections du système nerveux avec ou sans lésions organiques.

2° Il y a des individus qui meurent tuberculeux après avoir traversé toutes les phases de la consomption. Au fur et à mesure de l'évolution tuberculeuse la déminéralisation du parenchyme pulmonaire s'accentue progressivement, et il y a relation étroite entre la tuberculose et la phosphaturie, ainsi que le prouvent les travaux de Marcel (de Londres) et de G. Daremberg sur la constitution chimique des crachats des tuberculeux.

3° Des individus affectés de polyurie phosphaturique ont été glycosuriques ou le deviennent plus tard ; chez ces malades, qui ont plusieurs des symptômes du diabète sucré (troubles de la vue, altérations cutanées), le diabète phosphatique serait, suivant J. Teissier, un diabète sucré latent « le diabète phosphatique pouvant être la conséquence d'un dédoublement dans le sang de la glycose en acide lactique, condition qui favoriserait la dissolution et par conséquent l'élimination des phosphates. »

4° Enfin MM. Laveran et Teissier signalent une forme juvénile de diabète phosphatique comme l'oxalurie avec laquelle il coïncide fréquemment et qui, accompagnée souvent d'un excès d'élimination d'acide urique ou d'une légère déperdition albumineuse, serait symptomatique de la diathèse urique et prémonitoire parfois de la goutte. La phosphaturie, qui implique nécessairement l'idée d'un certain degré de phosphatémie, suffit pour expliquer la plupart des symptômes diabétiques observés : polyurie, polydipsie, etc. Des expériences très nettes l'ont démontré. »

Parmi les quatre formes de phosphaturie admises par ces auteurs, la seconde et la troisième sont celles dont le pronostic est le plus grave.

Le traitement de la phosphaturie dépend évidemment de la cause qui l'engendre ; il faut enrayer la déperdition minérale en diminuant la production des acides (cas du diabète latent), en combattant l'infection (cas des tuberculeux), en calmant le système nerveux à l'aide des nervins. Comme récrémentition, on utilisera les aliments riches en phosphates (céréales, poisson, œufs), on donnera les phosphates solubles.

III. *Diabète oxalurique.*

Il est un acide dont l'accumulation dans l'organisme est souvent méconnue, c'est l'acide oxalique. Il doit exister dans le sang en petite quantité à l'état normal, mais s'y détruire au fur et à mesure de sa production ; s'il y a un excès de chaux en circulation, il est fixé par la chaux, et l'oxalate de chaux, dissous à la faveur du phosphate de soude, s'élimine par les urines : on trouve les cristaux octaédriques de ce sel dans l'urine peu de temps après l'ingestion de 100 grammes d'eau de chaux chez un homme sain (Dyce-Duckworth et Leared). Dans le sang des goutteux Garrod a vu directement l'acide oxalique. L'oxalurie est presque constante chez eux (Prout, Begbie, Rayer, Gallois). Elle est aussi permanente chez les autres individus dont la nutrition est ralentie, ou le système nerveux débilité, scrofuleux, phthisiques apyrétiques, hypochondriaques, obèses, gros mangeurs.

Ces derniers exceptés, les individus qui ont de l'oxalurie constante présentent certains symptômes communs, qui dépendent peut-être moins de l'intoxication par l'acide oxalique que de toute dyscrasie acide.

Faiblesse musculaire et irritabilité nerveuse sont les deux traits dominants. L'individu atteint d'oxalurie a les traits tirés. Il transpire au moindre effort et ses sueurs sont acides et fétides.

Il éprouve au milieu du jour un irrésistible besoin de sommeil ; car le sommeil de la nuit ne lui rend pas ses forces ; il s'éveille plus fatigué qu'il ne s'est couché, « parce que le sommeil qui enrave les oxydations, qui diminue la consommation de l'oxygène et la formation d'acide carbonique est défavorable à la combustion des acides » (Bouchard).

(1) Thèse de Paris, 1886.

(2) *Nouveaux éléments de pathologie médicale*, 1889.

Chez lui l'haleine est souvent fétide et les selles sont quelquefois acides. La nutrition des téguments est souvent défectueuse.

L'amaigrissement est rapide et trouve son explication dans ce fait que l'acide oxalique, « en raison de son affinité pour la chaux, prive les tissus de la chaux nécessaire à leur formation et à leur entretien ; les éléments anatomiques la contiennent à l'état de phosphate tribasique ; quand l'acide oxalique s'est emparé d'un, puis de deux équivalents de base, le phosphate monobasique étant soluble sort de l'élément anatomique, emportant une partie de la chaux et le reste est obligé de s'éliminer également. Les cellules, dont les assises minérales sont détruites par la spoliation calcaire et phosphatique, achèvent de se détruire.

La *thérapeutique de l'oxalurie*, comme celle des dyscrasies acides en général, peut être palliative ; elle doit s'efforcer d'être curative, et alors elle doit être pathogénique.

Comme moyens palliatifs, on prescrira les alcalins, sous forme de carbonates de bases alcalines ou de combinaisons de ces bases à des acides organiques (citrates, tartrates, benzoates, etc.).

Parmi les bases alcalines, la chaux doit être écartée, parce qu'elle tend à former dans le sang avec les acides des combinaisons peu solubles qui risquent en se précipitant de produire des calculs dans les voies urinaires. On emploiera donc le bicarbonate de soude ou de potasse à doses modérées et jamais pendant un temps trop prolongé (3 à 5 grammes par jour de bicarbonate de soude pendant 10 jours par mois suffiront). M. Bouchard a vu la saturation obtenue par la prolongation de doses même minimes de soude provoquer la précipitation des phosphates terreux dans les urines devenues neutres ou alcalines.

La formation d'acides dans le tube digestif peut être neutralisée par le bicarbonate de soude, par l'eau de chaux, le carbonate de chaux, la magnésie décarbonatée. Souvent il sera plus utile de prévenir la formation des acides, s'ils résultent de l'excès des fermentations en donnant les antiseptiques (naphtol, salicylate de bismuth) ou en combattant la dyspepsie par les acides minéraux chlorhydrique, azotique, par l'administration d'une cuillerée à bouche de jus de citron pur, sans eau et sans sucre, une heure avant chaque repas.

Mais la véritable thérapeutique pathogénique doit consister à obliger l'organisme à brûler les acides : alimentation non excessive, usage de boissons chaudes assez abondantes, prises de préférence le soir au moment du coucher, exercice régulier à l'air libre et dans une atmosphère sèche, gymnastique avec prédominance des mouvements des membres supérieurs destinés à augmenter l'amplitude des mouvements respiratoires, stimulation des fonctions cutanées et excitations du système nerveux périphérique par les frictions sèches et aromatiques, l'hydrothérapie, le bain salé et le bain de mer, la distraction par les voyages.

P. Le Gendre.

PATHOGÉNIE

ET TRAITEMENT PRÉVENTIF DE LA FIÈVRE URINEUSE (1)

M. *Lavaux*, après avoir rappelé que la pathogénie de la fièvre urineuse est restée obscure jusque dans ces dernières années, aucune des théories émises n'ayant permis de donner une explication satisfaisante de cette grave complication des affections des voies urinaires, fait connaître les résultats de ses recherches sur ce sujet.

En 1885, il constate, à l'hospice d'Ivry, que chez les vieillards atteints d'hypertrophie de la prostate, les urines ont toujours été purulentes avant l'apparition de la fièvre urineuse.

En 1886, il note, à l'hôpital Saint-Antoine, les particularités suivantes. Chez des rétrécis atteints de cystite que l'on traite par la dilatation d'après les anciens procédés, il survient de la fièvre urineuse. On a soin alors de faire précéder et suivre le cathétérisme de plusieurs lavages de la vessie pratiqués *sans sonde* et la fièvre urineuse ne se produit plus. La dilatation peut être ainsi achevée sans déterminer de nouveaux accidents fébriles.

En 1887, il recueille à l'hôpital de la Pitié, chez des rétrécis, de nouvelles observations qu'il communique à l'Académie de médecine. Chez un prostatique à la troisième période, avec état général très grave, il parvient également à éviter la fièvre urineuse en substituant à l'urine purulente contenue dans la vessie une solution saturée d'acide borique. C'est alors qu'il publie un travail dans lequel il soutient pour la première fois que la fièvre urineuse lui paraît due à la pénétration dans le torrent circulatoire des microbes pathogènes contenus dans les voies urinaires, que la mort qui survient parfois très rapidement dans ces cas est le résultat d'une infection de l'organisme.

M. Lavaux rappelle que cette *théorie de l'infection* a été confirmée depuis 1887 par de nouvelles observations cliniques, par la bactériologie, la chimie biologique et l'expérimentation. Il constate que ces dernières ont même permis de préciser la cause de la fièvre urineuse, en démontrant l'existence de poisons bactériens pyrétogènes, poisons solubles, et il conclut de la façon suivante : « Lorsque l'accès fébrile survient très peu de « temps après une opération pratiquée sur l'urè- « thre ou la vessie, il est probable qu'il est uni- « quement dû à la pénétration dans le torrent cir- « culatoire des *poisons bactériens* contenus dans « les voies urinaires. Plus tard, au contraire, la « fièvre urineuse est due, au moins en grande « partie, aux poisons produits par les bactéries « qui ont pénétré dans l'appareil circulatoire, bac- « téries dont la pullulation serait extrêmement « rapide. »

Passant ensuite au *traitement préventif de la fièvre urineuse*, il rappelle ce précepte formulé par M. le professeur Bouchard : « Si le poison est « sécrété sur une surface accessible, il faut l'éva- « cuer ou le précipiter, empêcher qu'il soit ab- « sorbé. » Il montre que le traitement local ou direct permet seul de répondre efficacement à cette indication et qu'il y répond d'une façon simple, immédiate et rapide dans presque tous les cas. En effet, après avoir débarrassé l'urèthre des poisons bactériens qu'il contient, si cet organe

(1) Congrès de chirurgie.

présente un calibre suffisant, la cavité vésicale peut être soumise à des lavages abondants et répétés soit à l'aide des anciens procédés, soit en pratiquant ces lavages *sans sonde*. Si l'urèthre est trop rétréci, ce dernier procédé permet encore d'intervenir d'une façon efficace. M. Lavaux cite à ce sujet des observations fort intéressantes, entre autres la suivante, qu'il a recueillie en 1888, à l'hôpital Saint-Louis. Il s'agit d'un rétréci âgé de 74 ans qui urine très difficilement depuis six mois, qui a des accès fébriles tous les jours depuis deux mois et qui entre à l'hôpital avec la vessie distendue, des urines très purulentes et une température de 40°6 ; le rétrécissement ne permet d'introduire qu'une bougie n° 3, que l'on fixe. Au bout de douze heures, la température est encore de 40°3, mais le rétrécissement laisse passer une bougie n° 8 et la vessie s'est vidée. On fait alors des lavages de la vessie *sans sonde* et douze heures plus tard, 24 heures après l'entrée du malade à l'hôpital, la température est tombée à 37°. La dilatation est achevée sans déterminer d'accès fébriles.

M. Lavaux insiste sur la nécessité, pour éviter la fièvre urineuse, de répéter ces lavages dans les 24 heures, surtout lorsqu'il existe de l'urétéro-pyélo-néphrite, et de recourir à un liquide antiseptique, peu irritant et non douloureux. La solution saturée d'acide borique lui paraît le liquide de choix à employer.

En résumé, pour ce chirurgien, la fièvre urineuse est due à la pénétration dans le torrent circulatoire des *poisons bactériens* et des *bactéries* contenus dans les voies urinaires. Quant au *traitement préventif* de cette grave complication des voies urinaires, il consiste, suivant lui, à *évacuer ces agents septiques* à l'aide de lavages abondants et répétés de l'urèthre et de la vessie.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La consultation des hôpitaux.

Voici, d'après M. Juhel-Renoy, comment se fait la consultation dans les hôpitaux de Paris.

« Ce que sont *la plupart* des consultations de nos grands hôpitaux, chacun le sait. Le jour où le titulaire du service est de « consultation », on voit passer par les salles une série plus ou moins longue de tabliers blancs qui s'arrête hâtive devant quelques lits, ceux occupés par les malades « intéressants » ou moribonds ; puis le flot dévale par les escaliers, corridors, s'engouffre dans l'étroite salle de consultation, tandis que piétinent depuis une heure ou deux, 50 ou 60 malades, quelquefois 100, de l'autre côté de la porte. Le chef de service — quand quelques clients urgents de la ville ou de la province ne l'attendent pas, — s'asseoit. En vingt minutes, la sélection des malades qu'il veut recevoir dans son service est chose faite, il se lève, serre la main de son interne et lui confie... la consultation. A son tour, l'interne occupe le fauteuil du consultant, tâte le pouls, fait tirer la langue des divers malades qui défilent devant lui, dévêt incomplètement ceux qui lui semblent fébriles, les ausculte de sa meilleure oreille, — mais combien hâtive et quelquefois insuffisamment expérimentée ! — puis dicte une prescription appropriée au sujet. Quand, durant une heure, il a fait ce simulacre de consultation, 25 ou 30 malades lui sont passés sous les yeux, — 2 minutes par tête, — puis, comme les forces humaines sont limitées, il va déjeuner et confie le « reste » aux externes, stagiaires, bénévoles de bonne volonté. Ce qu'est cette « fin de consultation » je le laisse à penser. Ce sont les ordonnances « faites d'avance », distribuées « au petit bonheur », par des jeunes gens que leurs études n'ont pu rompre encore aux difficultés de la thérapeutique, ignorant le plus souvent même la posologie la plus élémentaire. Ils s'en tirent avec un « bon de bains ou de douches », cela dépend de la saison, une pilule narcotique, un purgatif léger, et après une demi-heure de cet exercice, ils se sauvent à leurs pensions manger un déjeuner froid, convaincus qu'ils ont fait un service effectif. Je ne sais si l'on me taxera d'exagération, mais je répète que je ne crois pas calomnier une grande partie du corps des hôpitaux en disant tout haut ce qui se fait *beaucoup* et depuis trop longtemps. C'est une question que j'ai assez souvent agitée avec tels ou tels de mes collègues ou maîtres. Or entre soi on avoue que le service est peu ou mal fait, mais, — et c'est là qu'est la beauté de l'enquête, — qu'on nous assemble pour faire en commun notre *meâ culpâ*, pour essayer de remédier à un tel état de choses, aussitôt tout le monde de protester de son zèle, de dire tout haut que le service de la consultation est suffisant, bref, qu'il n'y a qu'à laisser en l'état la question.

C'est alors qu'on entend parler de « prérogative », qu'on assume avec joie le poids de cette consultation, qu'on va même jusqu'à penser aux pauvres hères qui viennent frapper aux portes de nos consultations et à ne leur pas contester le droit de demander l'avis de nos « célébrités ». Si l'on descend de ces hauteurs, on voit qu'au résumé, cette « prérogative » intangible — on l'abandonne en tout ou partie à son interne — que ce poids est trop lourd à porter pour un seul et que le jour où le titulaire fait sa consultation, il ne fait pas son service. C'est un dilemme dans lequel les plus zélés sont enfermés. Alors que reste-t-il ? Le désir des malades de consulter M. X ou Z ? Cet argument est peu convaincant, et, si l'on en doute, demandez à tel ou tel malade de vos services le nom du médecin qui les a soignés lors d'une précédente maladie, vous verrez la réponse ; ils ignorent tout ; ils se rappellent mieux la consultation donnée par M. Benoît ou Durand, du bureau de bienfaisance, que la série de soins que leur a donnés un maître éminent ; et l'on pense que de pareils malades viennent consulter spécialement M. X. ?

Au résumé, le service de la consultation est mal fait ; — il n'en saurait être autrement — l'administration ne l'ignore pas ; malgré tout, beaucoup de médecins des hôpitaux s'opposent à ce qu'on touche à leur consultation. (*Méd. Mod.*)

VARIÉTÉS

Maladies désignées par des noms de médecins.

Nous avons déjà publié une liste de maladies désignées par les noms des médecins auxquels on a attribué leur première description. En voici une complémentaire, qui pourra rendre service à nos lecteurs

auxquels il peut arriver d'être embarrassé dans leurs lectures par ces dénominations souvent difficiles à retenir.

Addison (maladie d'). — Maladie bronzée.
Alibert (maladie d'). — Mycosis fongoïde.
Aran-Duchenne (maladie d'). — Atrophie musculaire progressive.
Astley-Cooper (hernie d'). — Hernie crurale à sac multilobé.
Argill-Robertson (signe d'). — Signe pupillaire de l'ataxie locomotrice.
Basedow (maladie de). — Goître exophtalmique.
Bazin (maladie de). — Psoriasis buccal.
Béclard (hernie de). — Hernie passant à travers l'orifice de la saphène.
Bell (paralysie de). — Paralysie de la 7e paire (facial).
Bergeron (maladie de). — Chorée rythmique localisée.
Boudin (loi de). — Antagonisme prétendu de la tuberculose et de l'impaludisme.
Boyer (kyste de). — Kyste subhyoïdien.
Bright (mal de). — Néphrite albumineuse.
Brown-Séquard (syndrôme de). — Hémi-paraplégie avec hémi-anesthésie du côté opposé.
Cazenave (lupus de). — Lupus érythémateux.
Charcot (maladie de). — Sous ce nom on désigne tantôt les Arthropathies des ataxiques, tantôt la sclérose latérale amyotrophique.
Cheyne-Stokes (respiration de). — Rythme respiratoire de l'urémie bulbaire.
Cloquet (hernie de). — Hernie périnéale.
Colles (loi de). — Non-infection de la mère par son enfant syphilitique.
Corrigan (maladie de). — Insuffisance aortique.
Corvisart (facies de). — Facies asystolique.
Cruveilhier (maladie de). — Ulcère simple de l'estomac.
Donders (glaucome de). — Glaucome simple atrophique.
Dubini (maladie de). — Chorée électrique.
Duchenne (maladie de). — Ataxie locomotrice.
Duchenne (paralysie de). — Paralysie pseudo-hypertrophique.
Duhring (maladie de). — Dermatite herpétiforme.
Dupuytren (hydrocèle de). — Hydrocèle en forme de bissac.
Dupuytren (maladie de). — Rétraction de l'aponévrose palmaire.
E. Wilson (maladie de). — Dermatite exfoliatrice généralisée.
Eichstedt (maladie de). — Pityriasis versicolor.
Erb (paralysie de). — Paralysie du plexus brachial.
Erb-Charcot (maladie d'). — Tabes dorsal spasmodique.
Fauchard (maladie de). — Périostite alvéolo-dentaire.
Friedreich (maladie de). — Ataxie locomotrice héréditaire.
Gerlier (maladie de). — Vertige paralysant.
Gibert (pityriasis de). — Pityriasis rosé.
Gibbon (hydrocèle de). — Hydrocèle coïncidant avec une hernie volumineuse.
G. de la Tourette (maladie de). — Maladie des tics convulsifs avec écholalie et coprolalie.
Goyrand (hernie de). — Hernie inguino-interstitielle.
Graves (maladie de). — Goître exophtalmique.
De Græfe (signe de). — Dissociation des mouvements du globe de l'œil et de la paupière supérieure.
Guyon (signe de). — *Ballottement* du rein.
Héberden (rhumatisme de). — Nodosités rhumatismales des troisièmes articulations des doigts.
Hébra (maladie d'). — Erythème polymorphe.
Hebra (pityriasis d'). — Pityriasis rouge chronique.
Hebra (prurigo d'). — Prurigo idiopathique.
Henoch (purpura d'). — Purpura avec symptômes abdominaux.
Hesselbach (hernie de). — Hernies crurales à sac multilobé.
Hippocrate (facies d'). — Facies des états péritonéaux et des agonisants.
Hodgkin (maladie de). — Adénie.
Hogdson (maladie de). — Dilatation athéromateuse de l'aorte.
Huguier (maladie de). — Fibro-myomes utérins.
Hutchinson (dent de). — Dent de la syphilis héréditaire (échancrure semilunaire du bord libre).
Hutchinson (triade de). — Echancrure dentaire, kératite interstitielle, et surdité (syphilis héréditaire).
Jacob (ulcère de). — Ulcère cancroïdal.
Jacksonnienne (épilepsie). — Epilepsie partielle.
Kaposi (maladie de). — Xérodermie pigmentaire.
Kopp (asthme de). — Asthme thymique, spasme de la glotte.
Kronlein (hernie de). — Hernie inguino-propéritonéale.
Laennec (cirrhose de). — Cirrhose atrophique.
Landry (maladie de). — Paralysie ascendante aiguë.
Laugier (hernie de). — Hernie à travers le ligament de Gimbernat.
Leber (maladie de). — Atrophie optique héréditaire.
Levert (loi de). — Insertion marginale du cordon avec placenta court.
Littré (hernie de). — Hernie diverticulaire.
Ludwig (angine de). — Phlegmon sub-hyoïdien infectieux.
Malassez (maladie de). — Kystes du testicule.
Menière (maladie de). — Vertige labyrinthique.
Morrand (pied de). — Pied avec 8 doigts.
Morvan (maladie de). — Panaris analgésique des extrémités.
Paget (maladie de). — Eczéma précancéreux du sein.
Paget (maladie de). — Ostéite déformante hypertrophique.
Parrot (maladie de). — Pseudo-paralysie syphilitique.
Parrot (signe de). — Dilatation de la pupille par le pincement de la peau (méningite).
Parkinson (maladie de). — Paralysie agitante.
Parry (maladie de). — Goître exophtalmique.
Pavy (maladie de). — Albuminurie intermittente des jeunes sujets.
Petit (hernie de J.-L.). — Hernie lombaire.
Pott (anévrysme de). — Anévrysme par anastomose.
Pott (fracture de). — Fracture du péroné par divulsion.
Pott (mal de). — Ostéite vertébrale tuberculeuse.
Raynaud (maladie de). — Asphyxie symétrique des extrémités.
Reclus (maladie de). — Maladie kystique de la mamelle.
Richter (hernie de). — Entérocèle pariétale.
Rivolta (maladie de). — Actinomycose.
Romberg (signe de). — Vacillement des ataxiques dans l'obscurité ou les yeux fermés.
Rosembach (signe de). — Abolition du réflexe abdominal.
Salaam (tic de). — Salutation convulsive.
Saemisch (ulcère de). — Ulcère infectieux de la cornée.
Storck (blennorrhée de). — Blennorrhée des voies respiratoires supérieures.
Stokes (loi de). — Paralysies des muscles subjacents aux séreuses et aux muqueuses enflammées.
Sydenham (chorée de). — Chorée vulgaire.
Thommsen (maladie de). — Spasme musculaire au commencement des mouvements volontaires.
Thornwald (maladie de). — Inflammation de la glande pharyngienne de Luchka.
Velpeau (hernie de). — Hernie crurale en avant des vaisseaux.
Volkmann (difformité de). — Luxation congénitale tibio-tarsienne.
Wardrop (maladie de). — Onyxis maligne.
Weil (maladie de). — Typhus abortif avec ictère.
Wells (facies de Spencer). — Facies ovarique.
Werlhoff (maladie de). — Purpura hémorrhagique.
Westphall (signe de). — Abolition du réflexe rotulien.
Willan (lupus de). — Lupus de forme tuberculeuse.
Winckel (maladie de). — Cyanose pernicieuse des enfants nouveau-nés.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat des Vosges
L'exercice des sages-femmes.

« Dans le *Bulletin des Syndicats des Vosges*, nous relevons les lettres suivantes relatives aux inconvénients de la loi de ventôse an XI sur les droits des sages-femmes. C'est un argument en faveur de la nécessité de l'élévation de leur niveau intellectuel et morale. »

I

Je connais une sage-femme qui exerce depuis 50 ans, et qui se vante d'avoir toujours su se passer du médecin. Elle ne s'est trouvée en rapport avec lui que trois fois et encore c'est parce qu'on le lui a imposé. Le troisième praticien qu'elle a dû subir était moi. Ce que j'ai constaté est banal par sa fréquence.

Inertie de la matrice, tête dans le vagin depuis 60 heures.

Une application de forceps faite à temps sauvait l'enfant et épargnait à la mère les angoisses d'un long jour de souffrance, ou la perspective d'hémorrhagies, de fistules, etc.

Mais non, la sage-femme ne l'a pas voulu, pas de médecin. Quand je suis arrivé, je n'ai pu cueillir, inutile de vous le dire, qu'un enfant mort.

Cette manière de faire est usuelle dans cette région, et si par hasard une sage-femme arrivant des écoles, plus instruite et plus soucieuse de sa responsabilité, veut appeler le médecin, on s'empresse de lui faire une réputation d'ignorance. Ces dames font passer l'accoucheur près des familles pour un bourreau, des mains duquel on n'échappe pas, et mettent leur amour-propre à l'éloigner. Tant pis pour les nouveau-nés, tant pis pour les accouchées ! Aussi les homicides par imprudence peuvent se compter par douzaines.

Et que dire des préjugés que les sages-femmes entretiennent : maillots serrés, purgations violentes, alimentation prématurée, etc. Je soigne maintenant un enfant de 15 jours, à qui une sage-femme a fait donner des soupes pour l'empêcher d'avoir de la diarrhée.

Aujourd'hui je ne veux vous parler que de deux traitements institués par les sages-femmes de mon rayon.

Voici le premier ; il a été imaginé par une sage-femme qui se sait protégée et qui médicamente à outrance :

Enfant d'un an, vaste abcès, phlegmon pour mieux dire, sur le côté droit du cou, fusées purulentes glissant sous la peau, disséquant les muscles et arrivant sur la clavicule.

Diagnostic de la sage-femme : humeurs en mouvement.

Boniment : Les humeurs sont en mouvement, il ne faut pas les contrarier, mais les déplacer ; donc ne touchons absolument pas à la bosse et agissons d'une autre façon ; vous allez voir que dans huit jours la guérison sera complète. Pour atteindre ce but, il n'y a qu'à poser deux boutons de vaccin sur chaque bras de l'enfant.

— Mais, Madame, fait la mère, vous l'avez vacciné il y a un mois et avec succès.

— Cela ne fait rien, le vaccin d'aujourd'hui sera pour diriger les humeurs.

Et la sage-femme, qui avait sans doute un stock de vaccin décomposé à placer, revaccina l'enfant.

C'est dix jours après cette belle opération que je vis par hasard et en passant le petit malade.

J'eus bien du mal à faire prévaloir mon avis. La sage-femme avait défendu de toucher à la bosse. Enfin je pus vider l'abcès, la fièvre tomba, l'appétit revint et le petit moribond guérit.

Autre fait.

A la veillée : on parle mauvaises récoltes, pommes de terre tachées, promesses de députés et misère.

Une jeune femme, que cela n'intéressait sans doute que médiocrement, bâille de toutes ses forces et..... reste la bouche ouverte, ne parlant plus qu'en bredouillant.

Grand émoi dans l'assistance, on court à la sage-femme. Pleine de son importance, celle-ci arrive dignement, la jupe troussée. Elle examine la malade, prend le pouls, voit la langue et déclare solennellement que le cas est très grave : attaque d'apoplexie, danger imminent

Un voisin bonasse insinue alors qu'il faut appeler le médecin.

Le médecin, allons donc ! si vous voulez enterrer votre femme, Nicolas, vous n'avez qu'à suivre cet avis-là ! Ah ! j'en ai guéri bien d'autres.

Voici ce qu'il faut faire :

Cataplasmes de farine de moutarde sur les mollets et sur les cuisses.

On s'empresse et bientôt la malade gigote énergiquement sous les brûlures des sinapismes.

Vous voyez, hein ! comme la vie revient ; tenez ferme. Ce n'est pas trop maintenant de quatre hommes pour la maintenir, la pauvre femme ! mais il était temps, elle trépassait !

Quant à la voix, elle est plus forte, mais elle n'est pas encore franche ; nous allons y remédier, il faut raser les cheveux de la nuque, puis placer un bon vésicatoire de dix centimètres carrés derrière chaque oreille.

Ce qui fut fait.

Et ce n'est qu'après quatre jours que le voisin arriéré, ne voyant pas venir la guérison promise, chargea la voisine sur une charette et me l'amena en dépit des objurgations de la sage-femme qui levait les bras au ciel.

Je réduisis la luxation de la mâchoire et guéris ainsi en un tour de main la pauvre femme, qui avait vécu une demi-semaine dans la perspective d'une mort prochaine,

Je vous garantis l'authenticité de ces faits.

Dr POMMAGEOT.

II

....

Voici des faits, qui, je m'empresse de l'ajouter, ne sont pas plus nombreux, parce que j'ai cru devoir faire observer à la matrone en question tout ce que sa conduite avait de révoltant ; d'où cette conséquence bien naturelle que sa pratique est, de par sa volonté, soustraite le plus possible à mon contrôle redouté.

Appelé dans le courant du mois d'avril dernier auprès d'une éclamptique en travail, je trouve à son chevet la sage-femme de l'endroit, (c'est du village de L... qu'il s'agit) ; elle a palpé le ventre de la malade, mais ne connaît ni le mode de présentation, ni l'état de santé du fœtus. Elle est *sourde* et ne peut me fournir, par conséquent, aucun renseignement sur les battements du cœur

fœtal. De plus, elle est dans *un état d'ivresse* qui n'est pas fait pour inspirer grande confiance. Je place donc à côté de ma malade une garde intelligente à qui je confie le soin de pratiquer des injections chaudes de façon à hâter la dilatation du col et d'administrer à la femme en travail une potion ou des lavements au chloral.

Je reviens quelques heures après ; la dilatation du col est comme 5 francs, l'état de la femme est toujours aussi grave ; les crises éclamptiques se succèdent avec une rapidité et une intensité effrayantes ; les bruits du cœur fœtal sont normaux et, en vue de sauver tout au moins l'enfant, je recommande à la sage-femme, un peu dégrisée, de pratiquer fréquemment le toucher et de m'appeler dès que la dilatation sera suffisante pour permettre de terminer l'accouchement. Il était alors 5 heures du soir ; m'attendant à être d'un moment à l'autre rappelé auprès de ma malade, je passe ma nuit à attendre — à 5 heures du matin seulement on vient m'appeler ; j'arrive en toute hâte et trouve une femme rendant le dernier soupir avec un fœtus mort dans l'utérus. — Je manifeste alors à la sage-femme tout mon étonnement et ne lui ménage pas mes reproches pour la façon dont elle avait exécuté mes prescriptions. Elle a l'audace de me soutenir que l'enfant vit ; — à ma question : « et comment pouvez-vous le savoir, puisque vous êtes sourde et que, par conséquent vous ne pouvez pratiquer l'auscultation, » elle répond avec audace : « Je viens de sentir un frémissement ! ! ! ».

Quinze jours environ après cet accouchement mémorable où un enfant a été sacrifié à l'ignorance cruelle d'une horrible matrone (je ne parle pas de la mère qui était vouée à une mort certaine), on m'appelle auprès d'une femme en travail depuis trois jours. J'étais absent de chez moi et le docteur C..., médecin militaire à Bruyères, est requis à ma place. Je tiens de lui et de la victime elle-même, que la sage-femme de L.... s'est opposée énergiquement à l'appel d'un médecin ; elle avait diagnostiqué une présentation du siège et c'était l'épaule qui était engagée.

Le docteur C... a terminé l'accouchement par la version podalique.

J'ai, pour ma part, opéré cette femme par le curettage de l'utérus pour une endométrite infectieuse, suite de couches.

Trois femmes ont été atteintes de métro-péritonite après avoir été accouchées par cette sage-femme, aussi instruite en accouchements qu'en antisepsie.

Les victimes sont plus nombreuses encore, mais je ne parle que de celles que j'ai soignées.

Je me demande donc, et je désire que les pouvoirs publics nous fassent savoir, s'il est permis de confier l'exercice de l'art des accouchements à une *femme ivrognesse, sourde, ignorante et dangereuse*, par conséquent ; une enquête minutieuse pourrait les éclairer ; en attendant, je poursuivrai, dans l'intérêt de l'humanité, ma campagne contre cette horrible matrone et je colligerai contre elle tous les faits dont je pourrai vérifier l'authenticité.

Faites de cette histoire ce qu'il vous plaira et comptez sur moi pour ne pas faillir à la tâche que notre honnêteté de médecins et notre amour de l'humanité nous impose à tous.

Docteur Marlier.

Exercice illégal par les prêtres.

Voici la réponse faite au *Syndicat des Vosges*, qui avait signalé l'exercice illégal par les prêtres dans le département.

Évêché de Saint-Dié (Vosges).

Saint-Dié, le 31 octobre 1890.

Monsieur le Docteur,

Monseigneur me prie de répondre à la lettre que vous lui avez fait l'honneur de lui écrire, de la part de l'Association Syndicale des Médecins des Vosges.

C'est avec plaisir que sa Grandeur rend hommage aux sentiments qui animent la généralité des Médecins de son Diocèse, et de la courtoisie qu'ils mettent dans leurs rapports avec le Clergé.

Aussi elle tient à les assurer qu'elle est disposée à faire observer les règles diocésaines, au sujet de l'exercice de la médecine.

Voici le texte de ces règles :

« L'Eglise interdit aux ecclésiastiques constitués dans les Ordres Sacrés, la pratique de la « médecine et de la chirurgie. Par cette sage sévérité, elle a voulu affranchir ses ministres d'occupations incompatibles avec leur *état, et les* « préserver de méprises redoutables.

. . . .

« Nous n'entendons pas défendre aux membres « du clergé de conseiller à un malade la diète, le « régime, les précautions hygiéniques, les soins « de propreté ; ni de donner quelques baumes, « eaux ou onguents dont ils auraient expérimenté « l'utilité ; ni lorsqu'il s'agit d'une simple indisposition, de prescrire des tisanes, frictions, cataplasmes et autres médications inoffensives ; ni « pareillement d'indiquer l'usage des moyens évidemment nécessaires dans un cas urgent et « imprévu, en attendant l'arrivée du médecin ; ni « enfin de donner les indications qu'ils jugeront « utiles pour que le remède ordonné par l'homme « de l'art soit convenablement administré.

« Sous ces réserves, nous défendons à tout « clerc dans les ordres mineurs ou sacrés, de « donner des consultations, des soins médicaux, « et de s'ingérer dans l'office du médecin, en « entreprenant la cure d'aucune maladie ou infirmité. »

Il me semble, Monsieur le Docteur, que l'observation de ces règles, très sages, suffit pour écarter toute plainte de la part des Médecins.

Quant aux recommandations que peuvent faire MM. les curés de recourir à un médecin plutôt qu'à un autre, Monseigneur ne pense pas qu'il lui soit possible de les empêcher. Sans doute, il est fort délicat de diriger le choix d'un malade sur un médecin en particulier ; mais c'est là un de ces points où l'autorité diocésaine ne peut que recommander la plus grande circonspection.

Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, l'assurance de ma respectueuse considération.

A. Raison,

Vicaire général.

REPORTAGE MÉDICAL

Souscription Chevandier

3e *liste* (suite).

MM. les Drs Reignier, de Surgères (Charente-Inférieure). — Speckhahn, à Renivez (Ardennes). — Cailletenu, à Saint-Philibert de Grand-Lie (Loire-Inférieure). — Jeanne, à Meulan (Seine-et-Oise). — Lemaire, au Tréport (Seine-Inférieure). — Gibert, au Havre. — Licke, à Maison-Laffite (Seine-et-Oise).

M. le Dr *Gadaud*, ancien député, vient d'être nommé sénateur de la *Dordogne*.

— La fièvre *typhoïde* qui règne à *Brest* a gagné les troupes de terre après avoir atteint l'artillerie de marine.

— Après Paul Bert, voilà M. de Lanessan, gouverneur de l'Indo-Chine. Nous faisons des vœux pour que l'éminent médecin ne paye pas à la maladie le tribut qui a privé la France de son regretté prédécesseur.

— M. le Dr Desnos, ancien Interne des hôpitaux, fera sur les maladies de *Voies Urinaires*, un cours particulier qui sera complet en 15 leçons. Il le commencera à sa Clinique, 15, rue Malebranche, le lundi 4 mai à 4 h. 1/2, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. Pour les renseignements, s'adresser 15, rue Malebranche.

Le stage des Femmes Pharmaciennes. — Dans notre dernier numéro, nous insistions sur la question du stage des Femmes Pharmaciennes. Renseignements pris, peu de pharmaciens semblent, jusqu'à nouvel ordre, disposés à accepter chez eux, comme élèves, les jeunes filles pourvues du certificat réglementaire. Nous croyons qu'on pourrait, dès maintenant, tourner la difficulté de la façon suivante.

Puisqu'on admet les élèves femmes comme stagiaires dans les services hospitaliers (médecine, chirurgie, accouchements), ne pourrait-on pas autoriser les jeunes étudiantes en pharmacie à faire leur stage dans les pharmacies des hôpitaux ? Elles trouveraient là un enseignement pratique égal, sinon supérieur, à celui qu'elles peuvent recevoir en ville. Certes, il y a bien quelques différences entre ce qui se fait à l'hôpital et dans une officine en ville ; mais s'agit-il de détails importants ? Evidemment non. L'Assistance publique, à Paris, par exemple, aurait de la sorte un supplément de personnel, instruit et actif, et nous ne croyons pas qu'en principe elle puisse s'opposer à une telle innovation. D'autre part, les pharmaciens des hôpitaux et leurs collaborateurs directs, les internes, trouveraient certainement chez ces jeunes filles le même zèle, le même dévouement que les médecins, chefs de service, auprès des étudiantes en médecine.

En tous cas, c'est au moins là une solution pratique à la question qu'on nous pose, et, pour Paris, l'Assistance publique n'a qu'à dire oui, car aucun règlement n'exige que le stage soit fait dans une pharmacie ayant pignon sur rue. Il y en a peut-être d'autres. Nous en reparlerons à l'occasion, si celle que nous proposons ne convient pas à tout le monde.

M. B.

(*Progrès médical*).

La réquisition des médecins en Espagne. — Ce qui se passe en Espagne pourrait bien se produire en France ; car exiger qu'on nous fournisse des aides, des instruments, des antiseptiques, etc., est une prétention que nos tribunaux pourraient bien admettre également.

Deux médecins d'une petite localité espagnole s'étaient refusés à pratiquer l'autopsie d'un cadavre. Ils prétendaient que les autorités judiciaires, désignées pour assister à cette opération, auraient dû leur fournir deux ou trois aides, de même que les instruments et les désinfectants nécessaires en pareil cas. Condamnés chacun à 25 francs par les premiers juges, ils en ont appelé devant la cour de Barcelone qui les a acquittés, parce qu'ils n'ont refusé d'accomplir leur devoir qu'à cause d'une impossibilité matérielle.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

M. le Dr Brossier, de Coron (Maine-et-Loire), présenté par M. le Dr Drochon, de Vihiers (Maine-et-Loire).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès d'un membre du Concours médical : M. le Dr Juhel, de Caen (Calvados).

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine :

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
4, rue Antoine-Dubois, 4

Nos grands médecins d'aujourd'hui par le Docteur Horace Bianchon, rédacteur au *Figaro* et au *Temps*.

Un beau volume in-8° de 500 pages, sur beau papier orné de magnifiques portraits en sanguine.

Le volume est de ceux qui doivent figurer dans toutes les bibliothèques de médecins. C'est une sorte de *Panthéon* des célébrités médicales contemporaines.

Les maîtres les plus illustres de la médecine moderne y sont étudiés avec une haute compétence et d'une manière fort piquante par le Dr Horace Bianchon, que ses chroniques médicales au *Temps* et au *Figaro* ont fait connnaître et apprécier du grand public.

Sous une forme humouristique, anecdotique, parfois malicieuse, toujours impartiale, l'auteur nous donne dans ce livre une véritable histoire de la science et des savants contemporains. Il n'est pas d'ouvrage plus intéressant pour les médecins et pour tous ceux qui s'intéressent aux choses de la médecine. Tous les praticiens y trouveront l'image très fidèle de leurs anciens maîtres ou de leurs anciens condisciples passés maîtres à Paris ou dans les grandes écoles de province.

Chaque portrait est complété : 1° par une notice biographique exacte ; 2° par une bibliographie des principaux ouvrages de chaque maître ; 3° par un magnifique portrait en sanguine dont l'exécution a été confiée à deux artistes de premier ordre.

Pour donner une idée de l'intérêt de cet ouvrage, il suffira de dire que quelques-uns de ces portraits ayant paru dans le *Figaro*, ont été traduits en plusieurs langues, et publiés par des journaux étrangers, aux Etats-Unis et au Canada notamment.

Il a été tiré de cet ouvrage : 100 exemplaires sur papier des manufactures impériales du Japon, numérotés à la presse. Prix, 30 francs ; 4.000 exemplaires sur beau papier. Prix, 10 francs ; 9 francs franco pour MM. les membres du *Concours médical*.

On peut recevoir un spécimen contenant Potain, Charcot et Brouardel en le demandant, joindre à la lettre un timbre de 0,15 c.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André. Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

L'Association générale et l'indemnité de maladie.

Chers confrères,

Vous avez sûrement remarqué, comme nous, que toutes les fois qu'il est question, à *l'Association*, d'une œuvre poursuivie par le *Concours*, les meilleurs esprits ont une tendance à en changer l'*état civil* et à en attribuer la paternité à des gens qui, eux-mêmes, ne la revendiquent pas.

Voilà des années que le *Concours* s'est associé à la propagande des idées de prévoyance, et, entre autres, de l'*indemnité de maladie* par l'Association générale. L'Association de l'Oise, dont le directeur du *Concours* est président, a été notre porte-parole empressé. Et, ce qui est, on l'avouera assez singulier, c'est que notre projet, proposé et développé il y a cinq ans, maintenu par nous, contre vent et marée, à l'ordre du jour, soit devenu maintenant à l'arrière-plan de celui de la Gironde qui n'a pas encore formulé ses articles.

Nous avons rendu justice aux orateurs qui, à l'Assemblée générale dernière, nous ont évité la peine de combattre pour notre propre cause. Le projet n'est pas enterré ; il vit encore, au moins pour un an. On s'est embrassé ! Mais cette étreinte confraternelle reposait sur une équivoque. Nous voulons le démontrer, pour qu'il n'y ait pas de confusion, dissiper les nuages pour que la lumière se fasse éclatante.

Parlons d'abord du rapporteur, M. Lereboullet : et, avec lui, nous serons bien à l'aise, car c'est lui qui le premier, depuis des années, dans la *Gazette hebdomadaire*, a rendu aux efforts du *Concours* pour le bien général, des témoignages constants. Nous l'en avons remercié bien souvent ici et ce n'est pas trop que de nous répéter alors que nous sommes en dissentiment avec lui.

M. Lereboullet est le rapporteur du Conseil général, son interprète ; il a dû protester contre nos assertions qui tendaient à mettre en suspicion la bonne volonté de l'Association au sujet de l'indemnité de maladie. Jusque là tout est pour le mieux et nous n'avons rien à dire. Mais où nous différons absolument de sentiment avec notre collègue, c'est lorsqu'il apprécie le résultat de la discussion. Il estime que l'Assemblée a accordé un vote de confiance au Conseil général et que tout se réduit à une question de droit : « *l'Association pourrait-elle légalement créer une fédération nouvelle donnant à tous les médecins qui verseraient une cotisation, le droit à une indemnité en cas de maladie* ? » On adressera cette question au Conseil d'État et au ministre de l'intérieur.

Et alors le jeune et nouveau *conseil judiciaire* M. *Morillot* exprime son sentiment. Pour la première fois nous entendons la politique intervenir aux débats de nos assemblées ; M. Morillot n'a pas confiance ; il estime imprudent de demander l'autorisation d'un gouvernement *tracassier*, il préjuge la réponse et conseille de s'abstenir.

Heureusement que MM. *Lannelongue* et *Brouardel* veulent bien le rassurer. Ils promettent de faire comprendre sans trop de difficultés que le gouvernement n'a rien à redouter d'une corporation en très grande majorité libérale, représentée aux Chambres à peu près uniquement par des républicains. Que peut craindre le ministre de l'intérieur de la délivrance, au sein de l'Association, d'une indemnité au médecin malade qui a cotisé dans ce but ! Quant au Conseil d'État, est-il bien nécessaire d'aller le consulter ?

M. Lereboullet se propose d'étudier la question de droit dans son journal. Nous croyons qu'il pourrait se dispenser de cette corvée. Elle est superflue.

On a compliqué la question en voulant faire intervenir les « pouvoirs publics », en estimant qu'il pouvait bien arriver qu'ils fussent mal disposés et si cette éventualité se réalisait, on recher-

cherait, dit M. Lereboullet, si la constitution d'une société civile indépendante de l'Association, créée entre ses membres et avec son patronage moral, ne pourrait être tentée.

Notre confrère, le directeur de *La Tribune*, M. Laborde, précise si nettement les faits que nous reproduisons son article intégralement.

« A la suite de la lecture du rapport de la commission par M. Lereboullet, et des observations critiques soulevées par ce rapport, et tour à tour présentées par MM. Gallet-Lagoguey, Hameau, Lande, Surmay (de Ham), il a été décidé, sur la proposition de M. Brouardel, et après les remarques de Me Morillot, conseil judiciaire, concernant la question de légalité, que le Conseil général ferait les démarches nécessaires pour obtenir la réalisation de ce qui est contenu dans le texte proposé par M. Surmay, et qui permettrait de fonctionner comme fédération, en vue de l'organisation de l'indemnité-maladie.

Quel est ce texte ?

Ajouter à l'art. 6 des statuts, qui s'exprime ainsi :

« Le but de l'Association est de... préparer et fonder des institutions propres à compléter et perfectionner son œuvre d'assistance. »

Le paragraphe suivant :

« Et, notamment, d'instituer au siège de l'Association générale et dans les Sociétés locales des caisses spéciales qui, au moyen de cotisations facultatives, garantiraient aux sociétaires souscripteurs, une indemnité en cas de maladie. »

La seule réserve énoncée par M. Brouardel, parlant au nom du Conseil, *c'est qu'il ne fût pas statué sur un texte ferme*, et qu'il fût *loisible aux délégués près des pouvoirs publics de modifier, suivant les circonstances, les termes, sans modifier l'esprit de la proposition* ; « cela, ajoute l'honorable Doyen de la Faculté, pour faciliter notre tâche. »

L'adoption de cette proposition par l'assemblée montre clairement, sans ambages, que la question indemnité-maladie n'a nullement été écartée, qu'elle reste pendante devant l'Association générale, puisqu'il a été décidé de poursuivre les voies et moyens de sa réalisation légale, ou, du moins, d'une tolérance équivalente à cette légalité.

C'est — il importe d'autant plus de le rappeler que M. le rapporteur a paru l'oublier lorsqu'il a fait de ce motif le prétexte d'un impédiment capital à l'introduction de l'indemnité-maladie dans l'Association générale — c'est sur cette tolérance que repose absolument le fonctionnement actuel de l'Association, en ce qui concerne sa caisse de retraites. Une cotisation annuelle de 12 fr. ne permettrait pas, en effet, aux termes de la loi, de distribuer un chiffre individuel qui dépassât 120 fr. ; or le chiffre maximum actuel de 600 fr. est bien loin de ce compte, et constitue, conséquemment, une flagrante illégalité. Mais des illégalités de cette nature sont de vrais bienfaits, des actes essentiellement humanitaires, auxquels ne peuvent qu'être heureux et empressés de s'associer, par une tolérance et une exception tacites, les dépositaires de la loi ; et c'est ce qu'ils n'ont jamais refusé de faire, comme nous allons le voir, en pareille occurrence.

Il ne s'agit pas, en effet, dans l'esprit des auteurs des vœux en discussion, ni de créer une Société nouvelle, ni de solliciter la participation financière de l'Association à la caisse d'indemnité de droit en cas de maladie. Ils reconnaissent que les cotisations actuelles, le fonds de réserve et le fonds de retraite qui constituent la fortune de l'Association générale sont la dotation des déshérités de notre profession, de leurs veuves et de leurs orphelins, et que nul n'a le droit de modifier les termes du contrat d'union souscrit entre nous.

Est-ce à dire que nous ne puissions ajouter à ce contrat des clauses nouvelles laissant subsister les premières, et auxquelles l'adhésion sera facultative pour les membres de l'Association ?

A cette question, M. le rapporteur répond que la loi du 15 juillet 1850 est formelle, et ne saurait permettre l'adjonction d'une Société financière à une Société de bienfaisance.

Et d'abord, nous avons déjà fait justice de cette qualification mal venue, injustifiée et injustifiable, appliquée à notre Association mutuelle en cas de maladie.

Mais, d'un autre côté, l'Association des médecins de France est-elle donc une Société de bienfaisance ?

A en juger par son titre exact, elle est bel et bien une Société de prévoyance et de secours mutuels. Or, voici un exemplaire des statuts modèles délivrés par le ministère de l'intérieur à tous ceux qui veulent créer des Sociétés de secours mutuels. En tête de cette brochure se trouve un « *modèle d'arrêté pour l'approbation des statuts d'une Société* ».

Nous y lisons les considérants suivants :

« Vu les art. 291 et 292 du Code pénal et la loi du 10 avril 1834 ;

« Vu les décrets des 14 juin 1851, 26 mars 1852 et 25 avril 1856 ;

« Vu les décrets des 18 juin 1864 et 27 octobre 1870. »

Mais, nulle part dans cet arrêté, il n'est question de la loi du 15 juillet 1850, invoquée par M. le rapporteur.

Si donc l'Association générale des médecins de France est — et cela ne saurait faire de doute — une *Société de prévoyance et de secours mutuels*, nous avons le droit de penser que l'administration supérieure ne saurait lui interdire de faire ce qui est le premier devoir des Sociétés de cette nature, c'est-à-dire d'assurer à ses membres le droit à une indemnité en cas de maladie.

Cette autorisation a non seulement été accordée à deux Sociétés qui comptent des membres dans tous les départements, celle des voyageurs et commis de l'industrie et celle des employés de chemins de fer, mais ces Sociétés ont reçu, en outre, la faveur d'être reconnues comme établissements d'utilité publique.

Le gouvernement ne saurait refuser une autorisation semblable au corps médical, dont les membres ne lui ont jamais marchandé, dans les calamités publiques, leur concours généreux et désintéressé, trop souvent payé au prix de leur vie.

Telle est la vérité sur la grande question professionnelle dont il s'agit, qu'il ne faut chercher ni à obscurcir dans ses termes, ni à rendre impraticable dans son extension possible au plus grand nombre des membres de la famille médicale, par prétextes apparents, comme ceux que s'est complu à invoquer M. le rapporteur.

Telle est aussi la situation réelle sortie de la

discussion du rapport, et qui, après le supplément d'enquête ayant motivé ce dernier, laisse ouverte la recherche des voies et moyens capables de conduire à la réalisation du vœu en question, c'est-à-dire l'adjonction, l'adaptation de l'indemnité de droit en cas de maladie à l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels.

Si, après ce résultat indéniable, confirmé par le texte même du procès-verbal de la séance du lundi 6 avril, M. le rapporteur s'est cru autorisé à se décerner, par la plume du rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire*, un vote de confiance, laissant entendre que les conclusions du rapport étaient adoptées, c'est-à-dire que la question était abandonnée et enterrée, il a obéi, sans nul doute, à une illusion pardonnable, parce qu'elle est consolatrice, et que nous nous reprocherions, à ce titre, de lui enlever.

Mais nous ne saurions la lui concéder jusqu'à lui permettre de croire et de dire que c'est une « *utopie* » d'avoir institué une Association qui établit le droit certain à un dédommagement en cas de maladie et d'infirmité ; association qui existe, qui fonctionne et qui réalise couramment ce droit, en espèces sonnantes, depuis plus de quatre années. Que M. Lereboullet veuille bien demander aux honorables confrères, membres de l'Association, qui ont perçu ce droit à la suite de la maladie plus ou moins longue dont ils ont été affligés, ou qui le perçoivent encore, s'ils considèrent l'indemnité qu'ils reçoivent de 10 fr. par jour comme une utopie ? Et qu'il nous permette de lui demander à lui-même s'il eût regardé comme une utopie l'indemnité qui lui eût été accordée, au même titre, si, pendant la maladie récente à laquelle il a payé un tribut si regrettable aux yeux de ses amis et de tous ceux qui, comme nous, l'estiment et l'affectionnent, il eût fait partie de la *mutualité-maladie* ?

Eh bien, c'est de cet avantage positif — parce qu'il provient d'un droit défini et certain — que nous voudrions voir profiter et jouir tous nos confrères ; et c'est pourquoi nous ne nous lassons pas de plaider en faveur de l'extension de cette œuvre.

Nous sommes heureux de trouver et de recueillir ci-après, dans les excellentes déclarations de l'honorable président de l'*Association des médecins de la Seine*, un écho plus juste, en faveur de cette extension.

ASSEMBLÉE ANNUELLE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA SEINE.

Dans une excellente allocution, M. Brouardel a fait ressortir l'importance de l'Association et l'utilité pour tout médecin d'en faire partie. Les riches le doivent parce qu'ils font du bien à des confrères malheureux ; les moins fortunés parce que c'est œuvre de prévoyance personnelle. C'est la thèse que nous avons toujours défendue et sur laquelle on ne saurait trop insister. Mais la fin du discours de M. Brouardel nous a été tout particulièrement agréable.

« A côté de nos associations charitables (dit M. Brouardel), des tentatives sont faites dans le but très intéressant de parer aux risques que fait courir la maladie et de prévenir dans une certaine mesure la misère qui résulte trop souvent d'un arrêt plus ou moins prolongé de l'exercice professionnel. C'est là une œuvre qu'on ne saurait trop encourager ; lorsqu'on est prévoyant pour soi on ne peut pas ne pas songer aux autres. *Ceux qui participent à ces œuvres de prévoyance sont pour nous des alliés et non des rivaux ; leur prospérité accroîtra la nôtre.* »

Nous sommes profondément reconnaissants à M. le Pr Brouardel d'avoir donné l'appui de sa haute autorité à une idée que nous défendons depuis longtemps, et qui va maintenant se propager avec une nouvelle vigueur malgré les obstacles que quelques-uns tenteront encore de lui opposer. »

V. LABORDE.

Nous approuvons pleinement l'exposé de M. Laborde et nous ajoutons seulement quelques conseils en vue de favoriser la démarche que l'on va tenter de suite, nous l'espérons, et dont on se hâtera de communiquer les résultats à la presse.

Pour réussir, nous estimons qu'il faut soumettre à M. le Ministre de l'intérieur *des statuts*. Ceux qui ont été rédigés par l'Association de l'Oise sont complets ; il suffira de faire remarquer qu'ils serviront de modèle à l'œuvre future et comportent des modifications de détail.

L'autorisation obtenue, on devra procéder, comme nous l'avons fait pour la *Caisse des pensions de retraite*. Réunir les auteurs des divers projets ; en adopter un ; le perfectionner après discussion approfondie de chaque article ; le soumettre ensuite à l'examen du Conseil général de l'Association et alors le faire imprimer et envoyer à toutes les Sociétés locales, pour qu'elles en délibèrent et en proposent l'adoption à leurs membres. Mais il ne faudra pas, comme en 1890, renvoyer à plusieurs mois ce qu'on peut faire de suite et se contenter d'un questionnaire que tout le monde a considéré comme peu lucide et venu trop tard.

De cette façon, en 1892 peut-être, l'œuvre de l'indemnité de maladie verra-t-elle enfin le jour. C'est un de nos vœux les plus chers.

A. C.

LA SEMAINE MÉDICALE

La rage confirmée peut-elle s'atténuer et guérir ?

M. *Laveran* a cité à la Société des hôpitaux l'observation d'un soldat qui, mordu par un chien suspect de rage et inoculé à l'Institut Pasteur, a présenté pendant le traitement, les symptômes d'une rage atténuée (tristesse, insomnie, douleurs partant de la cicatrice de la morsure, hyperesthésie de la peau autour de celle-ci affaiblissement des membres inférieurs, dysphagie sans hydrophobie). Ces symptômes durèrent une semaine, puis disparurent complètement. M. Laveran ne pense pas qu'il s'agisse là d'un cas de pseudo-rage par auto-suggestion : le mordu n'était pas nerveux, ne savait pas lire et par conséquent n'avait guère pu se renseigner sur les vrais symptômes de la rage ; il n'a justement pas présenté celui qui est le plus connu du public, l'hydrophobie.

M. Laveran n'admet pas non plus que cet homme ait présenté une rage atténuée, provoquée par les inoculations préventives ; les malades inoculés en même temps que le soldat recevaient le même virus atténué et aux mêmes doses, ils n'ont pas présenté de symptômes morbides. D'ailleurs,

es douleurs et l'hyperesthésie existaient autour de la morsure du genou et non sur les régions latérales du tronc où avaient été pratiquées les inoculations.

M. Laveran conclut que la rage a bien été la conséquence de la morsure du chien, mais qu'elle a été atténuée grâce aux inoculations.

M. *Chantemesse* a rapporté, à ce propos, un certain nombre de faits observés à l'Institut Pasteur et qui prouvent qu'il y a des rages frustes qui guérissent ; il y avait aussi, avant que M. Pasteur n'eût adopté la méthode intensive, des rages seulement retardées par les inoculations ; le virus restait endormi dans les nerfs pendant des mois et des années et pouvait faire éclater ultérieurement la rage à l'occasion d'une de ces causes occasionnelles qui jouent un si grand rôle dans la provocation des maladies infectieuses, le traumatisme et le coup de froid. La persistance ou la réapparition de douleurs, fourmillement, l'hyperesthésie ou l'anesthésie autour de la cicatrice de la morsure doivent toujours faire craindre l'explosion des accidents rabiques ; on les a presque toujours constatés dix à quinze jours avant la mort chez les mordus qui ont succombé à la rage, malgré le traitement. Ce sont les indices d'une névrite périphérique rabique, causée par la culture du virus dans les nerfs de la partie mordue. Quand on les constate chez des individus déjà traités, il faut recommencer une seconde vaccination par la méthode intensive, et l'on voit les symptômes disparaître après une période de lutte très inquiétante où l'on se demande chaque jour si le malade ne va pas être envahi par la rage.

On peut bien admettre les cas de rage fruste chez l'homme, puisqu'ils s'observent chez l'animal. Dans les cas de vaccination tentée sur des chiens avec des virus très virulents, répétés coup sur coup, on assiste parfois à une modification telle de l'état de l'animal, qu'il semble que la rage va éclater, et puis tous les accidents disparaissent pour laisser la place à une immunité solide.

M. Hogyes, de Bucharest, a publié dans les *Annales de l'Institut Pasteur* plusieurs cas de rage fruste observés chez le chien et suivis de guérison. Les animaux ont présenté, tantôt des accès de rage furieuse, et tantôt des phénomènes de rage paralytique qui ont duré un ou plusieurs jours. Sur 159 animaux inoculés de diverses façons, il a vu survenir 13 guérisons, malgré l'apparition de phénomènes qui appartenaient à la rage d'une manière absolue.

M. *Babinski* ne veut pas contester l'existence des névrites rabiques tardives, il désire simplement faire remarquer que chez des sujets mordus par des chiens enragés on peut voir se développer des troubles nerveux analogues à ceux qui viennent d'être signalés et qui sont sous la dépendance, non de l'hydrophobie, mais de l'hystérie ou du nervosisme. M. Charcot a signalé des cas de ce genre.

L'existence de la névrite ne doit être admise que s'il est démontré que les accidents nerveux en question ne sont pas tributaires de l'hystérie.

M. *Raymond* cite un cas démontrant que chez les sujets très nerveux il est un certain nombre de symptômes nerveux qui peuvent simuler la rage. « Un vétérinaire de province, très nerveux et même un peu alcoolique, fut mordu par un chien en il examinait la gorge, dans laquelle, prétendait-on, un os s'était engagé. Or, ce chien était atteint de rage et fut abattu après quelques jours de mise en observation. On prit, naturellement, toutes les précautions imaginables pour cacher au vétérinaire mordu la maladie de l'animal, mais, malgré les affirmations, des doutes travaillaient sa pensée, et il eut bientôt des crises d'hydrophobie. Pour le rassurer on eut l'idée de substituer au chien qui avait été abattu un autre chien lui ressemblant énormément, d'autant qu'il était de la même portée. On mit donc cet animal sain chez le vétérinaire, pour qu'il pût l'observer tout à son aise et croire ainsi tout ce que nous lui avions affirmé. Le stratagème réussit et les crises disparurent.

M. *Dumontpallier* demande à M. Chantemesse si, contrairement aux idées courantes, la salive humaine inoculée *peut* donner la rage, et si, par conséquent, la rage est transmissible de l'homme à l'homme ?

M. *Chantemesse* le croit parfaitement.

Traitement local des tuberculoses locales.

M. *Sevestre* présente un jeune garçon (huit à dix ans), qui offrait, au commencement de l'an dernier, un grand nombre de lésions tuberculeuses cutanées, de l'adénite axillaire bilatérale et de l'adénite inguinale d'un seul côté, les poumons ne paraissant pas atteints.

Les injections de naphtol camphré restèrent sans résultat appréciable. Au contraire, les cautérisations au galvano-cautère donnèrent une amélioration considérable. Le petit malade fut envoyé à des eaux chlorurées. L'état général s'en trouva bien, l'état local resta ce qu'il était avant. On reprit les cautérisations et elles achevèrent la guérison.

Le traitement local est le vrai traitement des tuberculoses locales, et leur traitement général ne vient qu'en arrière-plan.

Le bleu de méthylène comme analgésique.

M. *Galliard* fait une communication dont voici les conclusions :

Le bleu de méthylène, très vanté depuis peu à l'étranger, n'est pas un médicament inoffensif.

A faible dose (0,10 à 0,20 centigr., par la voie gastrique) il peut déterminer des malaises, des nausées, certaines sensations pénibles et provoquer même une albuminurie transitoire.

A dose forte (0,40 à 0,60 centigr.) chez les sujets non accoutumés, il peut faire naître des vomissements, de la diarrhée, du ténesme vésical, de l'albuminurie.

Chez les névropathes, il détermine une perturbation qui peut avoir pour conséquence la disparition ou le déplacement des douleurs.

Il procure parfois aux malades, dans des circonstances variables, et sans qu'on puisse préciser les indications thérapeutiques, l'accalmie, la sédation des douleurs.

Il ne peut soutenir en aucune façon la comparaison avec l'analgésine.

Le salol dans la pneumonie.

Bosley a employé le salol dans un très grand nombre de pneumonies, soit chez l'adulte, soit chez l'enfant. Ce médicament aurait une efficacité remarquable pour diminuer la fièvre et semblerait même capable de réduire la durée de l'af-

fection et de provoquer la défervescence. Bosley prescrit le salol à la dose de 12 centigrammes (deux grains) toutes les deux heures. Il associe assez souvent à cette médication la quinine à faible dose. Bosley rapporte diverses observations de pneumonies lobaires traitées de cette façon ; dans toutes, l'effet antipyrétique fut très marqué et presque immédiat ; dans l'une d'entre elles, la plus intéressante, la défervescence apparaissait après trois jours de ce traitement, au quatrième jour de la maladie. (*New York Med. Journ.*)

L'antipyrine contre la pleurésie.

M. *Clément*, dans plusieurs cas de pleurésie, a administré l'antipyrine, et il a remarqué qu'au bout de quarante-huit ou soixante-douze heures tous les signes physiques disparaissaient. Les vibrations thoraciques reviennent, les bruits respiratoires s'entendent très bien.

L'antipyrine n'a aucune action dans les cas d'épanchements purulents ou hématiques ; la résorption ne peut être obtenue.

La dose administrée doit être au minimun de 6 gr. Les doses moindres ne donnent absolument rien.

Comment agit l'antipyrine ? M. Clément n'est pas encore fixé sur ce point. La quantité d'urine n'augmente pas, les sueurs ne sont pas plus abondantes. Il y a bien une modification rapide de l'état général, mais cela ne suffit pas pour expliquer la disparition de l'épanchement.

Il ne faut pas cesser l'administration de l'antipyrine aussitôt après la disparition de l'épanchement, car celui-ci se reproduit rapidement si on supprime la médication. (*Soc. nat. de méd. de Lyon.*)

REVUE DE CHIRURGIE

Congrès français de chirurgie

Le Congrès français de chirurgie a été cette année des plus brillants par le nombre des médecins français et étrangers qui y ont pris part et par l'intérêt des différentes communications qui ont été faites ; nous allons résumer les principales.

M. *Thiriar* (de Bruxelles) a pratiqué la *laparotomie pour une obstruction intestinale déterminée par un calcul intestinal*. L'opération fut faite 12 jours après le début des accidents, alors que la femme était dans un état désespéré. A l'ouverture de l'abdomen, on trouva les intestins congestionnés et distendus, de la sérosité sanguinolente dans le bassin, et dans la fosse iliaque gauche une tumeur dure faisant corps avec l'intestin. Cette anse d'intestin fut attirée en dehors: elle contenait un calcul gros comme un petit œuf, sur lequel la paroi était contractée. Cette tumeur fut isolée par des éponges aseptiques ; on l'ouvrit sur 6 centimètres de long ; on enleva le calcul et on referma la plaie au catgut chromique. Les selles revinrent le soir même et la malade guérit rapidement. Le calcul était formé de cholestérine et de matières colorantes biliaires ; il avait dû passer directement à travers la paroi de la vésicule biliaire, adhérente à une anse d'intestin, grâce au développement d'une ulcération et d'une perforation (fistule cholécysto-intestinale).

M. J. *Bœckel* (*de Strasbourg*) communique les résultats de 140 opérations de *résection du genou* qu'il a pratiquées à Strasbourg ; c'est une très bonne opération chez les enfants, mais qui réussit même chez des sujets âgés. Elle doit être faite de bonne heure ; elle est préférable à l'arthrectomie, même dans le jeune âge. Bœckel a apporté trois modifications dans la technique opératoire : suppression du drainage, suture osseuse et hémostase. Sur 61 résections ainsi pratiquées, il y a eu 50 guérisons sans fistule ; sous un seul pansement, 6 guérisons avec fistule ayant duré 6 à 8 semaines, une récidive a nécessité l'amputation de la cuisse trois mois après la résection ; une pseudarthrose s'est développée chez une malade ayant subi deux fois l'opération. On a noté trois cas de morts (influenza à 82 ans, accidents cérébraux à 60 ans, phthisie tuberculeuse 8 mois après).

Le Pr *Panas* a observé un cas d'*angiome de l'orbite*, qui est une affection très rare ; le diagnostic fut fait en se basant sur ce qu'il y avait au pourtour de l'orbite, du côté des paupières, une production d'apparence angiomateuse. L'électrolyse fut en vain tentée ; le globe oculaire resta saillant, même après des injections coagulantes dans l'orbite. La vision resta excellente pendant cinq ans, lorsqu'au troisième septénaire d'une fièvre typhoïde l'enfant fut prise tout d'un coup d'un phlegmon de l'orbite.

M. Panas ne voulut pas intervenir à ce moment, parce que l'énucléation en pleine infection générale donne de mauvais résultats ; ce n'est qu'au bout de quelques mois, lorsque l'affection aiguë fut terminée, qu'il pratiqua l'énucléation ; il trouva, derrière le globe oculaire presque détruit par la suppuration, une tumeur dure englobant le nerf optique. C'était un angiome caverneux sclérosé, au centre duquel se trouvait un abcès. Dans le pus de l'abcès l'examen bactériologique démontra l'existence du bacille d'Eberth seul. C'est là un fait intéressant d'infection d'une tumeur close par la voie du courant sanguin.

M. Panas explique à ce propos comment il comprend la pathogénie de l'ophtalmie sympathique : l'œil malade provoque une congestion de nature réflexe dans l'œil resté sain ; la vaso-dilatation consécutive détermine dans cet œil l'arrêt des microbes que charrie le sang dans tout l'organisme.

M. *Heydenreich* (de Nancy), opérant un homme de 62 ans qui présentait un néoplasme vésical volumineux développé surtout au voisinage du col de la vessie, fit la taille hypogastrique ; mais pour aborder plus facilement la tumeur, il fut obligé d'avoir recours à *la résection partielle du pubis*, suivant le conseil qui en a été donné par Helferich.

M. *Poncet* (*de Lyon*) a pratiqué la *calcanéotomie verticale avec glissement* chez un homme de 20 ans qui s'était fait une section du tendon d'Achille ; après la cicatrisation de la plaie, l'écartement des deux extrémité du tendon était de plus de 3 centimètres. L'affrontement était impossible. M. Poncet, qui fut seulement consulté à ce moment, pratiqua avec la scie la section de l'extrémité postérieure du calcanéum sur laquelle s'insère le tendon. Il fit glisser en haut de quelques centimètres cette portion du calcanéum et fixa cette extrémité osseuse mobilisée à la par-

tie antérieure du calcanéum au moyen d'une cheville d'ivoire. Le résultat fut excellent. M. Poncet pense qu'on pourrait de même mobiliser la tubérosité antérieure du tibia pour les ruptures anciennes du tendon rotulien et l'olécrane pour les ruptures du triceps brachial.

M. *Monprofit* (*d'Angers*) a pratiqué la *laparotomie pour des accidents d'étranglement interne* chez un jeune homme de vingt ans qui fut pris d'abord de phénomènes de péritonite aiguë. Après avoir persisté pendant dix jours environ, ces symptômes de péritonite s'amendèrent peu à peu et le malade revint en apparence à une bonne santé. Au bout de deux mois survinrent des accidents d'étranglement interne, caractérisés par des vomissements et une constipation opiniâtre. Le Dr Enon (d'Argenton-l'Eglise), qui soignait le malade, pensa à une occlusion intestinale causée par la présence d'une bride. Monprofit, appelé en consultation, pratiqua, séance tenante, la laparotomie dans une chambre de ferme, avec toutes les précautions antiseptiques, mais pour ainsi dire sans aide : il trouva une bride fibreuse adhérant à la convexité d'une anse élevée de l'intestin grêle. La coudure déterminée par cette bride était telle que le bout de l'intestin situé au-dessus était très distendu par les matières, tandis que l'inférieur était affaissé et revenu sur lui-même. La bride fut sectionnée après ligature. Le malade eut une selle abondante peu de temps après l'opération et fut complètement guéri au bout de huit jours. Monprofit insiste sur ce fait que le malade n'avait été soumis à aucune médication et qu'il n'était fatigué ni par une longue expectation, ni par des moyens dangereux tels que les purgatifs ou l'électricité.

M. *Ledru* a opéré un *épithélioma du rectum* s'étendant de l'anus à 7 centimètres au-dessus ; l'opération a été faite par la voie rectale de manière à épargner le sphincter anal. Au bout de quelque temps il s'est produit une récidive que l'on cautérisa avec la pâte de Canquoin : cette cautérisation amena un rétrécissement cicatriciel qui céda à la dilatation progressive. Quoi qu'il en soit, depuis 10 mois la tumeur n'a pas récidivé : la malade, qui retient parfaitement ses matières fécales, est en assez bonne santé.

M. *Broca* a fait une communication, intéressante au point de vue pratique, sur les *variétés anatomiques et la cure radicale de la hernie inguinale* : elle est basée sur 26 opérations concernant 24 sujets, dont une seule femme, cette dernière étant atteinte de hernie bilatérale. Les 24 sujets ont guéri. Les hernies dont ils étaient porteurs se décomposent de la manière suivante :

1° Quatre hernies étranglées, dont trois ont eu l'étranglement aigu de la hernie congénitale ; une hernie directe à étranglement insidieux ;

2° Une hydro-épiplocèle enflammée ;

3° Deux épiploïtes gangreneuses ;

4° Dix-neuf hernies réductibles ou chroniquement adhérentes, chez 17 sujets. Parmi les hernies adhérentes, il en est deux où il s'agissait d'adhérences charnues naturelles par glissement du mésocôlon ascendant ou descendant : les deux fois, après réduction de la partie libre de l'intestin, la partie adhérente a pu être réduite par un mouvement de bascule de bas en haut et d'arrière en avant.

Quatre fois il y avait adhérences de l'épiploon dans une dilatation pro-péritonéale du sac.

Quatre de ces hernies étaient directes, c'est-à-dire que l'artère épigastrique longeait le côté externe de leur collet. Cela confirme l'opinion, déjà émise ailleurs par M. Broca, qu'on a exagéré la rareté de la hernie directe.

Dans toutes ses opérations, sauf deux, la recherche du sac, même petit et vide, et sa dissection ont été très faciles. D'autre part, M. Broca pense que, presque toutes les hernies obliques externes sont congénitales. On dit volontiers, cependant, que, dans la hernie congénitale, la dissection du sac est difficile, doit même quelquefois être laissée inachevée. Cette opinion est, en règle générale, inexacte, à condition toutefois qu'on connaisse exactement les enveloppes qui entourent le sac séreux, enveloppes qui, quoi qu'on en ait dit, se reconnaissent sur le vivant aussi bien que sur le cadavre, que la hernie soit ou non étranglée. Ces enveloppes sont — abstraction faite des hernies dites para-inguinales :

1° *Pour la hernie directe* : peau et dartos, crémaster, fascia transversalis refoulé. Il est extrêmement facile de décoller le sac séreux de celui du fascia transversalis.

2° *Pour la hernie congénitale*, au-dessous du crémaster, la gaine profonde du cordon, qu'il faut inciser franchement pour y chercher les petits sacs, au milieu des éléments du cordon. Si la hernie est funiculaire, le fond du sac, libre, sert d'amorce à la dissection, facile même quand il y a une dilatation pro-péritonéale. Si la hernie est testiculaire, c'est sur un des bords de l'incision du sac et de la fibreuse commune qu'on isolera d'abord les deux feuillets, en les prenant entre les ongles des deux mains. De la sorte M. Broca a toujours achevé la dissection jusque dans le ventre, et deux fois seulement ce temps de l'opération a demandé plus de 4 à 5 minutes.

M. *Paul Berger* cite un fait de *plaie de l'abdomen par une balle de révolver, ayant intéressé l'intestin grêle et le cœcum et traitée avec succès par la laparotomie*. Il s'agit d'un garçon de 18 ans qui fut apporté à 1 heure du matin dans le service de M. Berger ; à 9 heures du matin les signes étaient peu accentués, si bien que la pénétration était douteuse ; mais deux heures après, la situation s'aggrava et il y avait début de péritonite. La laparotomie fut pratiquée, séance tenante, on trouva une double perforation de l'intestin grêle et une sur le cœcum. Ces plaies furent suturées au fil de soie. L'abdomen fut refermé : Après divers incidents, le malade guérit. — M. Berger analyse à ce propos sa statistique de plaies pénétrantes de l'intestin : sur 7 faits observés depuis deux ans, M. Berger a vu deux fois la guérison survenir sans intervention dans deux faits de plaie par coup de couteau. Les 5 autres faits ont trait à des plaies par balles de revolver. L'une intéressait le cœcum, l'autre l'estomac : ces deux cas ont guéri par la simple expectation. Dans les autres cas, l'intestin était perforé : Sur ces 3 cas un a survécu à la suite de la laparotomie ; c'est le malade qui fait le sujet de cette communication. — Le pronostic est très variable suivant les différences anatomiques qui existent dans les plaies intestinales ; lorsqu'il n'existe aucun signe de péritonite ou lorsque les symptômes péritonéaux ont une marche subaiguë et une apparition tardive, on peut ne pas intervenir ; dans tous les autres cas l'intervention est indiquée.

M. *Tuffier* fait connaître les résultats éloignés

d'une opération qu'il a pratiquée 14 fois, la *néphrorraphie pour rein mobile*. Les accidents qui l'ont déterminé à intervenir sont de trois ordres : 1° *Douleurs* ; 2° *Troubles gastriques* ; 3° *Neurasthénie*, qui constituent les trois types cliniques du rein mobile. *La forme douloureuse* est la plus fréquente, avec ou sans hydronéphrose intermittente. C'est la plus favorable au traitement, puisque chez 10 malades elle a disparu après l'opération et chez les trois autres elle a été très amendée. La forme dyspeptique est plus rare (2 cas) et s'accompagne d'entéroptose ou de lésions hépatiques (2 cas avec un échec). *La forme neurasthénique* est également peu fréquente, elle comprend toute la gamme des symptômes névropathiques jusques et y compris les crises hystériformes (3 cas, 2 succès).

Il est deux variétés étiologiques absolument distinctes au point de vue thérapeutique : Le rein mobile *simple* est un déplacement traumatique, une véritable luxation, une *hernie de force* ; le reste de la ceinture abdominale est indemne : c'est le triomphe de la néphrorrhaphie. Le rein mobile *compliqué* est un déplacement lent et progressif, précédé, accompagné ou suivi de l'entéroptose de Glénard. La néphroptose n'est plus alors qu'un incident. Il y a un effondrement de la ceinture abdominale, non justiciable d'une *pexie* quelconque, mais qui doit être renforcée par une ceinture ou tonifiée par le massage. Au point de vue opératoire, d'abord l'application d'un appareil prothétique ; en cas d'échec, néphrorrhaphie.

Tuffier a substitué la soie plate au catgut et supprimé le drainage ; il a conservé l'avivement direct du parenchyme rénal, et la suture des parois en quatre étages. Les seuls incidents opératoires ont été la découverte du bord postérieur du foie à travers l'incision lombaire, et dans un autre cas, la présence de la rate transposée.

Le traitement post-opératoire a consisté dans le décubitus horizontal, le siège plus élevé que les reins, pendant 25 jours, le port d'un bandage pendant deux mois. Sur les 14 opérés, il y a eu une mort par tétanos aigu au 12e jour, alors que la plaie était presque complètement cicatrisée.

Pour apprécier les résultats définitifs, M. Tuffier supprime trois opérés depuis 4 mois, temps insuffisant ; sur les 10 autres cas, il a eu un seul échec : le malade avait des poussées de congestion hépatique et présente actuellement une cirrhose hypertrophique. Les 9 autres ont été examinés ces jours derniers. Tous ces malades présentent une cicatrice solide sans aucune tendance à la hernie ; le rein est fixe, fait corps avec la paroi, mais il reste facilement perceptible dans la plus grande partie de son étendue.

Les douleurs ont été le plus remarquablement améliorées ; chez 8 malades elles ont complètement disparu non seulement pendant la station, mais aussi pendant le mouvement ; ce sont des malades qui exercent les professions les plus pénibles. Dans un seul cas, elles n'ont été qu'améliorées : il s'agit d'une malade qui présente actuellement tous les signes de l'entéroptose.

Ces résultats sont encourageants : la néphrorraphie doit conserver son rang en tête des opérations efficaces de la chirurgie rénale ; c'est une intervention *bénigne*, puisque sur 149 opérations la mortalité est de 3,4 %. Elle est efficace, puisque sur 73 opérations typiques elle donne 80 % de guérison complète ou d'amélioration très notable. Le succès sera encore plus certain quand on n'opérera pas toute espèce de mobilité rénale, et qu'on saura même préciser les indications dans les différentes formes cliniques.

Le *Congrès de Chirurgie* avait mis à l'ordre du jour la question suivante : *intervention chirurgicale dans les affections des centres nerveux (la trépanation primitive du crâne exceptée)*. Plusieurs orateurs ont pris la parole sur ce sujet.

M. *Boyce*, assistant du professeur *Horsley* (de Londres), expose la technique opératoire des procédés de trépanation de Horsley dans l'épilepsie focale et dans les tumeurs : tailler un très large lambeau cutané ; déterminer à l'aide d'un appareil spécial la ligne de Rolando ; circonscrire par un trait de scie circulaire, qui pénètre à la moitié de son épaisseur, le segment du crâne qui doit être excisé. Cette excision doit être très étendue : on trépane au centre de la rondelle délimitée et l'on fait sauter le reste à la pince-gouge. — Dans l'*épilepsie focale*, la localisation des convulsions à un segment du corps précise le lieu de l'intervention : il faut enlever le centre moteur correspondant de l'écorce. Les résultats obtenus sont l'arrêt complet ou la diminution marquée de fréquence et d'intensité des crises. Pour les *tumeurs*, après avoir essayé au maximum pendant six semaines la thérapeutique médicale et avoir reconnu son inefficacité, Horsley intervient et enlève la tumeur si la chose est possible ; dans les cas où l'ablation est impraticable, il a observé le plus souvent après la trépanation, la disparition de certains accidents : céphalalgie, phénomènes de névrite optique, etc. ; cette amélioration est due à la décompression cérébrale.

Le professeur *Lannelongue* étudie la *craniectomie chez les enfants microcéphales*, chez les enfants *arriérés* et chez les jeunes sujets, *présentant*, avec ou sans crises épileptiques, *des troubles divers d'origine cérébrale*.

M. Lannelongue emploie deux procédés de craniectomie : le procédé linéaire et le procédé à lambeau. La craniectomie linéaire attaque le crâne le long du sinus longitudinal supérieur et peut être prolongée à travers la suture coronale sur la zone motrice, vers le centre de Broca. Elle peut être pratiquée aussi en arrière de l'occipital entre le sinus latéral et la suture occipito-pariétale. Enfin, M. Lannelongue a fait une craniectomie transversale et symétrique sur le frontal en décollant le sinus longitudinal. Dans le procédé à lambeau on dessine un lambeau osseux adhérent par une base plus ou moins large. Le crâne est attaqué par une couronne de trépan à l'une des extrémités de la plaie cutanée, puis par des pinces coupantes de divers modèles. Tantôt on laisse la dure-mère intacte, tantôt, lorsqu'il y a pachyméningite, on fait des mouchetures ou même l'ouverture du foyer. Si la dure-mère a été ouverte, il faut la suturer ; en cas de simples mouchetures, la suture est inutile. Le savant chirurgien de l'hôpital Trousseau a pu acquérir la certitude que la dure-mère ne fait pas de régénération osseuse. L'hémorrhagie est sans importance. La grande épaisseur du crâne et même l'état éburné, qui est assez fréquent, n'ajoutent pas grande difficulté à l'opération, qui dure en moyenne 40 à 45 minutes, pansement compris. Sur 25 opérations, M. Lannelongue a eu 25 succès opératoires et une mort en 48 heures par septicémie aiguë ou écoulement continu du liquide céphalo-

rachidien. Au point de vue des résultats définitifs un grand nombre des opérés ont été améliorés soit au point de vue intellectuel, soit au point de vue de la marche.

M. *Girard* (de Marseille) communique un cas très curieux d'épilepsie essentielle guérie par la trépanation : il s'agit d'une femme, qui, dans son délire comitial, se tira un coup de revolver dans la tempe. La trépanation, pratiquée pour rechercher et extraire le projectile, fit disparaître les accidents graves d'épilepsie qui existaient avant l'accident.

Signalons également d'autres opérations de trépanation pratiquées par M. *Jeannel* (de Toulouse), pour une épilepsie jacksonnienne ; par M. Duret (de Lille), dans un cas pour un épanchement sanguin, d'origine traumatique, comprimant la troisième circonvolution frontale et les régions motrices voisines ; dans un autre cas pour une épilepsie traumatique ; — par M. Michaux (de Paris), pour une hémorrhagie méningée non traumatique — par M. Reynier pour de l'épilepsie jacksonnienne ; — par M. Doyen (de Reims), pour un kyste cérébral infantile ; — par M. J. Toison (de Douai), qui a employé le procédé de Wagner (trépanation du crâne par résection temporaire d'un lambeau ostéoplastique). Enfin MM. Théophile Auger, Maunoury (de Chartres) et Heurtaux (de Nantes) ont communiqué au Congrès des opérations de craniectomie pratiquées chez des enfants avec des résultats divers.

M. *Broca*, qui rapporte des opérations fort intéressantes de trépanation, rappelle qu'il y a trois ordres principaux d'*indications à la trépanation du crâne* :

1° La trépanation pour accidents traumatiques : on se guide sur une lésion extérieure.

2° On va à la recherche d'une lésion cérébrale, de nature connue ou inconnue, dont le siège peut être diagnostiqué en rapprochant les symptômes qu'elle provoque de ce que nous savons sur les localisations cérébrales ;

3° On opère sans être ainsi conduit par la doctrine des localisations, mais on a pu diagnostiquer la nature de la lésion et dès lors, d'après nos connaissances anatomo-pathologiques, on sait quel est son siège usuel, on sait aussi par quelle voie il convient le mieux de l'aborder.

Les lésions extérieures qui peuvent nous servir de guide sont à peu près toutes d'ordre traumatique. Le type des interventions de la deuxième catégorie nous est fourni par les trépanations pour tumeurs, ce mot étant pris dans son sens clinique ; il est impossible de s'attaquer à un néoplasme, pas plus qu'à un kyste, si ce néoplasme ne cause pas des symptômes de localisation, dont l'épilepsie jacksonienne est le plus vulgaire. Le type, enfin, de la 3e espèce, nous est donné par les abcès cérébraux de l'otite moyenne : ces abcès ne causent presque jamais de signes de localisation, mais ils provoquent des symptômes rationnels qui font diagnostiquer leur existence, et d'autre part l'anatomie pathologique nous apprend quel est leur siège usuel. Mais les abcès ne sont pas seuls représentants de ce type, dans lequel il faut encore ranger les trépanations pour hydrocéphalie.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Caisse des pensions de retraite du corps médical français

Assemblée générale annuelle du 5 avril 1891.

La Caisse des Pensions de Retraite du corps médical français a tenu le dimanche 5 avril son Assemblée générale annuelle, au siège social, 22, place Saint-Georges, à Paris.

En l'absence de M. le Dr Dujardin-Beaumetz, Président, la séance était présidée par M. le Dr Lande, Vice-Président.

La veille au soir, le Comité directeur avait tenu une réunion préparatoire.

La séance générale a été précédée d'une réunion du Comité des Censeurs. Étaient présents : MM. de Ranse, Président ; Sutils (de la Chapelle-la-Reine), Bardy (de Belfort), Ordonneau (de Mouilleron), Moreau (de Versailles), Porson (de Nantes), Monin (de Paris), Gassot (de Chevilly).

Le Comité des Censeurs a examiné les livres et comptes du Trésorier et a voté un ordre du jour approuvant ces comptes et félicitant le Trésorier.

La séance générale s'est ouverte une heure après. Avaient pris place au Bureau : MM. Lande (de Bordeaux), Vice-Président ; Delefosse (de Paris), Secrétaire général ; Maurat (de Chantilly), Secrétaire ; Verdalle (de Bordeaux), Trésorier ; Cézilly (de Chantilly), assesseur.

S'étaient fait excuser : MM. Dujardin - Beaumetz, Président, et Barat-Dulaurier, assesseur.

Lecture a été donnée de leurs rapports par M. Delefosse, Secrétaire général, et Verdalle, Trésorier. Nous les publions plus loin.

M. le Président Lande a clos la séance par quelques mots de remerciements à MM. Delefosse, Secrétaire général, et Verdalle, Trésorier, et l'Assemblée s'y est associée par un vote.

L'impression des rapports du Secrétaire général et du Trésorier a été votée par l'Assemblée.

Compte rendu de M. Delefosse, Secrétaire général.

Messieurs et très honorés Confrères,

C'est la première fois que j'ai l'honneur de prendre la parole comme Secrétaire général. Ce nouveau titre me crée deux obligations, d'ailleurs très agréables à remplir, avant de vous lire le compte rendu annuel de notre caisse. Je vous dois tout d'abord de sincères remerciements pour la confiance et l'estime que vous avez bien voulu me témoigner en m'appelant à ce poste important. Vous ne doutez pas que je ferai de mon mieux pour l'occuper de manière à ce que notre Société reste toujours, comme elle l'est actuellement, dans une voie de grande prospérité.

Je crois, en outre, avoir un autre devoir à remplir, c'est celui d'adresser les félicitations les plus enthousiastes au fondateur et au propagateur de notre œuvre : au fondateur, le Dr Lande, qui par ses études approfondies nous a dotés de Statuts assurant le succès et la vitalité de notre Caisse ; au propagateur, le *Concours médical*, qui en mettant constamment sous les yeux de ses nombreux lecteurs le chiffre de notre avoir, en publiant plusieurs fois un extrait de nos statuts, nous a amené de nombreuses adhésions. Les critiques acerbes, les insinuations malveillantes ne leur ont pas été épargnées ; que la sincère gratitude que nous leur témoignons compense large-

ment les déboires de la première heure. Quand on n'a pour but que de rendre service à ses semblables et d'alléger les souffrances humaines, la récompense peut se faire attendre, mais elle vient toujours. Chez nous, les témoignages sympathiques se sont montrés dès le début et je ne fais aujourd'hui que les renouveler à nos bienfaiteurs (*Applaudissements*).

J'arrive maintenant à mon compte rendu annuel.

Vous pouvez vous demander ce que je peux bien encore avoir à vous dire après les charmantes causeries de mon prédécesseur, après les exposés simples, clairs et nets qu'il vous a présentés du fonctionnement de notre Caisse ; tout, pensez-vous probablement, pourrait se résumer en ces quelques lignes : Nous sommes actuellement 253 participants, dont 16 nouveaux depuis notre dernière réunion. Les primes annuelles forment un chiffre de 40,000 francs environ ; de sorte qu'en 1894, année où seront distribuées les premières pensions (10), notre capital social touchera au demi-million et les recettes annuelles atteindront près de 50,000 francs.

Cependant, je crois que les bonnes choses doivent être souvent redites ; plus on frappe sur un clou, plus il s'enfonce ; plus les Statuts de notre Œuvre seront bien expliqués et bien compris, plus les médecins viendront grossir nos rangs.

La retraite est une nécessité absolue dans la vie en pays civilisé. Pour celui qui n'a pas de patrimoine ou ne peut en constituer, c'est la sécurité dans les vieux jours, la misère éloignée à l'époque de l'existence où elle se fait sentir le plus cruellement ; pour l'homme qui a une aisance personnelle, c'est la réserve qui servira à parer aux éventualités, aux revirements de la fortune, revirements si fréquents depuis que les Sociétés financières les plus solides s'écroulent avec une si grande facilité. Cette retraite est tellement une nécessité inhérente à notre organisation sociale que l'on accepte les traitements les plus modestes, quand on est assuré de la toucher à une époque fixe et de droit.

Cette création s'imposait donc au Corps médical, et si, au début, on a pu en discuter l'application, le principe était admis par la majorité des praticiens.

J'ai reçu et je reçois, chaque semaine, des lettres de confrères me demandant soit des explications sur les Statuts, soit des détails sur le fonctionnement de notre Œuvre, me faisant des objections et émettant des opinions personnelles sur l'amélioration ou le changement des bases de notre Caisse.

Je choisirai quelques-unes d'entre elles et les discuterai ici, non pour vous, mais pour ceux qui, désireux de devenir membres participants, ont besoin d'être éclairés et renseignés.

L'objection principale qui a été présentée le plus souvent est celle-ci : Vous faites une Association entre confrères et, en cas de décès, l'argent versé, au lieu de revenir à la veuve ou aux enfants de ce confrère décédé, reste dans la caisse ? Je réponds : N'est-ce pas sur ce principe de non-reversibilité que sont basées toutes les caisses de retraite ; est-ce que les versements sont rendus à la famille du militaire, du magistrat, etc., etc., quand ils meurent avant d'avoir atteint l'âge prescrit pour l'obtention de la retraite ? Et cependant ils appartiennent chacun à une grande famille. D'ailleurs, comment serait-il possible de faire autrement ? Combien un médecin qui adhère à vingt-cinq ans verse-t-il totalement pour avoir une retraite de 1,200 francs à soixante ans ? 3,500 francs, espèces sonnantes, et 7,365 francs avec capital et intérêts composés réunis. En acceptant même ce dernier chiffre, quelle est la somme de rentes que ces 7,365 francs lui donneront à soixante ans ? 250 francs au maximum, et notre Caisse lui procure 1,200 francs. Il faut bien cependant d'un côté trouver cette énorme augmentation et d'un autre subir quelques risques pour de pareils avantages. En outre, est-ce de l'argent réellement perdu en cas de décès ? D'abord, rien ne prouve que, n'étant pas lié par un engagement, le médecin aura eu la pensée et la constance de mettre de côté tous les ans la prime versée ; car le chiffre de cette dernière n'est pas assez fort pour constituer une épargne sérieuse. Ensuite ce capital ne va pas à des étrangers, à des indifférents ; il est partagé entre les confrères heureux qui atteignent l'âge de la retraite. Enfin il ne faut pas perdre de vue qu'au bout de trois années de paiement de la retraite, le capital versé se trouve remboursé.

Le participant peut assurer sa femme, c'est un moyen détourné de reversibilité de pension de retraite, car s'il fallait admettre cette reversibilité de droit, le médecin qui la demanderait serait obligé, d'après les calculs, de payer une prime annuelle, en moyenne égale aux deux réunies qu'il faut payer actuellement pour donner séparément au mari et à la femme. Nos voisins belges ont accepté ce principe de la reversibilité et le taux de leur pension annuelle diminue tous les ans ; ils sont débordés, n'ayant pas voulu imposer des primes annuelles suffisantes pour faire face à ces dépenses. La reversibilité n'est possible qu'avec l'un des trois principes suivants : 1° nombre considérable de participants, armée, magistrature, grandes administrations, et adhésion forcée ; 2° primes annuelles très élevées ; 3° taux de la pension très minime.

Je passe à un autre ordre d'idées. Un confrère m'écrit : « Je me mettrais bien de la Caisse des Pensions, mais je ne suis pas assuré de pouvoir toujours payer mes primes annuelles. » J'ai répondu que nous n'étions pas une compagnie d'assurances où la majeure partie des bénéfices provient de la perte de l'argent versé par suite de cessation de versement des primes. Si un participant se voit dans l'obligation de retarder un paiement annuel, il lui suffira de le rembourser avec intérêt à 5 % ; s'il prévoit une incapacité de paiement devant durer plusieurs années, il peut soit abaisser la prime, soit rester sans rien payer, tout en continuant à faire partie de l'Association : dans ces conditions, il ne sera payé d'une retraite proportionnelle aux versements qu'après le paiement de dix annuités. C'est donc la plus grande latitude laissée aux adhérents ; les portes de la Société sont toujours ouvertes et ne se ferment pas pour exclure les retardataires ; il ne faudrait pas connaître les aléas si considérables de notre profession pour agir autrement.

Je terminerai par l'étude d'une troisième demande : « Si je deviens incapable de travailler avant l'âge de la retraite, m'écrit un confrère, quelle sera ma situation ? » Cette situation est bien simple, et c'est là un des plus beaux fleu-

rons de notre couronne, mon cher collègue ; on vous paiera votre retraite souscrite dans les conditions suivantes : à partir de 1894, après trois ans de participation, tout adhérent tombant dans l'incapacité absolue et permanente de continuer sa profession, fera une demande au Comité directeur et s'il est reconnu que la demande est justifiée, on lui versera sa retraite anticipée.

Maintenant, dans un autre ordre d'idées, voulez-vous que je vous expose, à titre de simple curiosité, quelques-unes des raisons qui ont engagé des confrères à se réunir à nous ? L'un est célibataire, il gagne largement son existence, il a des rentes ; la prime annuelle n'est pas un fardeau pour lui ; si je vis, dit-il, je me servirai de ma pension pour payer la bourse de collège d'un fils de médecin, orphelin : si je meurs, l'argent versé aidera des confrères à avoir une meilleure retraite. Un autre, dans un but personnel, a fait le raisonnement suivant : Je gagne amplement de quoi couvrir mes dépenses, je suis marié à une femme dans l'aisance ; je n'aurai pas besoin de la Caisse, mais ma femme peut venir à mourir, mes enfants auront la succession de leur mère et je pourrais très bien être dans la gêne à soixante ans : pourquoi m'exposer à cette situation quand il est si facile de l'éviter en payant une double prime très légère à supporter maintenant ? Mais je m'arrête.

Vous voyez, Messieurs et chers Confrères combien notre Caisse offre de combinaisons variées, à combien de besoins différents, de situations spéciales, elle répond, malgré les limites d'action, cependant, que les fondateurs ont dû lui imposer.

A vous de faire des prosélytes, de semer la bonne parole ; plus notre Société sera prospère, plus elle s'imposera. Dans trois ans, elle fournira des preuves tangibles de son existence, et c'est à ce moment que le fonctionnement de notre Œuvre prendra l'importance capitale qu'il doit avoir ; c'est à ce moment que le zèle du Dr Verdalle subira un rude assaut, mais nous savons qu'il est à toute épreuve et si je n'ai pas cru devoir débuter sans remercier du plus profond du cœur notre fondateur et notre propagateur, je ne veux pas finir sans signaler à vos applaudissements le dévouement de notre cher Trésorier. (*Applaudissements*).

Rapport de M. Verdalle, Trésorier.

Messieurs et très honorés collègues.

Voici le sixième rapport que j'ai l'honneur de vous présenter en séance générale.

En avril 1885, après deux années d'exercice ou plutôt une année et demie, car, vous vous le rappelez, la Caisse n'a commencé à fonctionner que le 10 novembre 1884, j'inscrivais au livre de caisse le chiffre de 52,318 fr. 80 c.

Aujourd'hui, 5 avril 1891, le chiffre des encaissements s'élève à la grosse somme de 302,207 fr. 29 c.

Saluons, Messieurs, ce chiffre de 300,000 francs, qui affirme d'une façon éclatante la solidité, la stabilité, la puissance de notre œuvre.

Et nous ne sommes qu'au 5 avril. Le budget de l'exercice 1891 prévoit, jusqu'au 31 décembre, les entrées suivantes :

Cotisations en retard........ environ F.		2.000 »
Cotisations d'adhérents nouveaux....................	»	2.800 »
Échéance de septembre......	»	7.275 »
Intérêts des valeurs........	»	6.351 10
Total.......		18.426 10

Nous pouvons donc annoncer en toute assurance, pour le 31 décembre 1891, un chiffre minimum d'encaissements de 320,000 francs.

Le tableau suivant va vous donner le mouvement de notre Caisse de Retraites depuis sa fondation :

ANNÉES	ENCAISSEMENTS	COTISATIONS	INTÉRÊT des val.	TOTAUX
1884........	21.949 85	20.541 »	207 60	21.949 85
1885........	39.653 98	37.646 20	1.200 50	61.603 83
1886........	38.630 41	34.667 »	3.306 75	100.234 24
1887........	39.507 36	34.941 40	4.326 55	139.741 60
1888........	39.786 25	33.462 »	6.256 55	179.527 85
1889........	39.306 90	32.354 90	6.925 40	218.834 75
1890........	51.397 39	43.085 25	8.084 40	270.232 14
1891 5 avril.	31.869 80	28.568 85	3.187 55	
1891 31 d. (app.)	18.426 10	12.075 »	6.351 10	
1891 Total	50.295 90	40.643 85	9.538 65	Environ 320.500 fr.

L'étude de ce tableau est intéressante, mes chers Collègues. Vous y verrez, en effet, que le chiffre de cotisations va sans cesse en augmentant. En dépit de quelques démissions, heureusement fort rares ; en dépit de la mort qui, le Ciel en soit loué, n'a pris aucun de nous cette année, le chiffre se maintient de 1885 à 1889 aux environs de 35,000 francs ; il saute brusquement à 43,000 l'année dernière et, cette année, il atteindra et dépassera probablement 50,000 francs.

Les revenus de nos valeurs suivent une progression croissante, cela s'explique de soi-même : nous plaçons au fur et à mesure ; le portefeuille s'augmente tous les ans de la presque totalité des encaissements ; le revenu augmente en proportion ; cela, encore une fois, n'a rien que de très naturel.

Quant à l'augmentation brusque du chiffre des cotisations, il faut l'expliquer, en 1890 surtout, par ce fait qu'un de nos adhérents nouveaux s'est inscrit au tableau *B* pour deux retraites et demie et qu'il a versé ainsi en une fois, au 22 décembre dernier, une somme de 8,650 francs.

Ce gros versement a majoré ainsi fortement le chiffre des cotisations, qui a sauté d'un coup de 32,354 fr. 90 c. à 43,085 fr. 25 c. Mais il n'est pas seul, comme vous le voyez en étudiant de près les chiffres ; il y faut ajouter les cotisations de quelques adhérents nouveaux.

Et si, pour l'exercice 1891, l'exercice actuel, le budget prévoit un chiffre minimum de 40,000 francs de cotisations, c'est que, depuis le mois d'avril dernier, seize nouveaux membres se sont inscrits à notre Caisse, quelques-uns pour de grosses sommes ; l'un d'eux souscrit aussi au tableau *B* et va verser le mois prochain en une fois une somme de 3,240 francs ; deux autres ont souscrit une double retraite et versent chacun 1,240 francs par an (tableau A); les autres versent des

cotisations ordinaires (tableau *A* et *C*) et le total de leurs cotisations s'élève à la somme de 3,500 francs environ.

Donc, Messieurs et chers Collègues, et c'est l'enseignement qu'il faut retirer de cette étude un peu aride, la Caisse des Pensions de Retraites du Corps médical français poursuit sa marche en avant, sans reculade, sans faiblesse ; bien au contraire, ses forces s'accroissent dans sa marche ; le nombre des adhérents augmente ; commencée à 120 membres (31 décembre 1884), elle en comptait 206 à la fin de 1885, 217 en 1884, 227 en 1887, 233 en 1888, 234 en 1889, 240 en 1890 ; enfin, aujourd'hui (5 avril 1891), elle compte 253 membres.

Le capital social augmente, nous venons de le voir, tant par l'accroissement des revenus que par le chiffre même des cotisations ; il dépasse aujourd'hui 300,000 fr. ; il sera de 320,000 francs au moins à la fin de l'année. Deux ans encore nous séparent du 1er janvier 1894, jour de l'ouverture véritable ; le capital social sera donc à ce moment de 4 à 500,000 francs, ce que nous avions toujours prévu.

Et la veille, Messieurs, le jour du vernissage, nous pourrons nous féliciter, nous les ouvriers de la première heure, nous qui avons travaillé, chacun dans le cadre de nos fonctions, quelques-uns avec vraiment beaucoup de patience et de temps ; tous, je peux le dire, avec amour et foi, ces deux forces jumelles qui soulèvent les montagnes, et vous-mêmes, Messieurs, simples adhérents, qui nous avez soutenus de votre confiance ; nous pourrons nous féliciter, dis-je, et lever haut le front, parce que, en dépit de tout et de tous, nous aurons fait œuvre utile — chose rare. *(Applaudissements).*

Nous allons passer, si vous le voulez bien, à l'étude des divers chapitres.

Exercice 1890-91.

Recettes. — Les recettes totales se sont élevées à la somme de 54,404 fr. 61 c., savoir :

Encaissement des cotisations :		
Du 12 avril au 31 décembre 1890	17.030 40	
Du 31 décembre 1890 au 5 avril 1891	28.568 85	
Total		45.599 25
Dons		89 30
Profits et pertes :		
Du 12 avril au 31 décembre 1890	8 71	
Du 31 décembre 1890 au 5 avril 1891	24 10	
Total		32 81
Revenus du portefeuille :		
Du 12 avril au 31 décembre 1890	5.495 70	
Du 31 décembre 1890 au 5 avril 1891	3.187 55	
Total		8.683 25
TOTAL GÉNÉRAL		54.404 61

Le chapitre des *cotisations* nous a déjà occupés tout à l'heure, nous n'y reviendrons pas.

La somme de 89 fr. 30 c. que vous voyez inscrite sous la rubrique *don*, a été versée à la Caisse des Pensions de Retraites par M. le Dr Jouanin, au nom du Syndicat de Château-Chinon. Ce Syndicat s'est dissous l'année dernière, et parmi ses héritiers, a désigné la Caisse des pensions de Retraite. Au nom de notre Œuvre, j'ai envoyé à M. le Dr Jouanin mes plus vifs remerciements ; vous voudrez bien, mes chers Collègues, y joindre les vôtres.

Le chapitre *profits et pertes* est constitué, comme tous les ans, par les petits profits que fait la Caisse en dehors de ses recettes ordinaires et prévues. Ce sont des remboursements de frais de poste, envois de timbres-poste, ou quittance, versements en trop sur les cotisations, etc.

Quant au niveau du portefeuille, le chapitre s'explique de lui-même.

Dépenses. — En tête des dépenses est l'achat des valeurs.

La Caisse a acheté en 1890 :

Le 31 octobre, 21 obligations du Chemin de fer du Midi (anc.)	9.258.40	
Frais d'achat et de conversion	65.10	
		9.323.50
Le 30 décembre, 25 obligations Paris-Lyon-Méditerranée (fus. anc.)	11.003.15	
Frais de courtage et de conversion	71.50	
		11.074.65
En 1891 :		
Le 23 mars, 25 obligations Paris-Lyon-Méditerranée (fus. anc.)	11.118.75	
Frais de courtage	14.30	
		11.133.05
Le 23 mars, 50 obligations fonc. 1883	21.012.50	
Frais de courtage	28.65	
		21.041.15
TOTAL	F.	52.572.35

Le portefeuille comprend actuellement les valeurs suivantes :

VALEURS	PRIX D'ACHAT NET	COURS ACTUEL AU 3 AVRIL	INTÉRÊT ANNUEL
50 obligations du Midi anciennes, remb. à 500 francs	20.050f55	22.212 50	720 »
21 obligations du Midi nouvelles, remb. à 500 francs	9.072 »	9.329 25	302 40
50 obligations Orléans, remb. à 500 francs	19.568 »	22.200 »	720 »
50 obligations P.-L.-M., fus. anc., remb. à 500 francs	22.121 90	22.200 »	720 »
100 obligations foncières 1883, remboursables a 500 fr.	39.281 25	42.125 »	1.440 »
50 obligations communal s 1886, remb. à 500 francs	24.705 25	25.000 »	960 »
20 oblig. fonc. 1879, à lots, remboursables à 500 francs.	9.740 »	9.600 »	288 »
19 oblig. comm. 1879 à lots, remboursables à 500 francs.	8.624 »	8.968 »	273 60
1,650 fr. rente 3 0/0 amortissable, remb. à 100 francs.	133.440 35	145.403 »	4.650 »
1 oblig. communale 1879 à lots, remboursable en 1890.	456 »	500 »	»
15 fr. rente 3 0/0 amortissable, remboursables en 1890	433 »	500 »	»
	287.492 30	308.037 75	10.074 »

Vous voyez, mes chers Collègues, que le capital social de la Caisse de Retraites a, depuis six ans, acquis une plus-value de 20,545 fr. 45 c.

Aujourd'hui, cette plus-value est telle qu'elle

dépasse de près de 6,000 francs le total des encaissements, tous frais payés. Elle augmentera fatalement par suite du remboursement des diverses valeurs et un calcul facile à établir fait voir qu'elle sera portée un jour à plus de 40,000 francs.

Il faut bien cela, Messieurs, car nous plaçons à un taux très modéré, trop modéré. D'après les Statuts, nous ne pouvons acquérir que des valeurs françaises de tout repos. Or, c'est à peine si elles donnent un peu plus de 3, 3.50 %. Et encore le nouvel impôt voté dernièrement par les Chambres est venu en diminuer le rendement.

Mais, je le répète, le remboursement fatal, obligé de toutes nos valeurs fera un jour la compensation.

Frais généraux. — Les frais se sont élevés, du 12 avril 1890 au 5 avril 1891, à la somme de 595 fr. 95 c., savoir :

Fournitures de bureau	89.10
Frais de poste	125.70
Impressions	76.10
Frais de trésorerie	46.55
Indemnités de déplacement aux membres du Comité directeur et du Comité des censeurs	258.20
Total	595.65

Le total général des dépenses a donc été de 53,178 fr.

Telles sont, Messieurs et chers Collègues, les divers points que nous devions examiner ensemble. Vous me pardonnerez, n'est-ce pas, la longueur et la minutie de tous ces détails ; mais je tiens à ce que chacun de vous puisse se rendre compte aussi facilement que possible de l'état et de la marche de la Caisse. Nous ne sommes pas ici une Compagnie financière ordinaire, avec dividendes fictifs et bilans incompréhensibles même à l'actionnaire. Il faut que tout le monde y voie clair. J'espère pouvoir toujours parvenir à ce résultat.

En somme, voici la situation :

Situation au 5 Avril 1891.

Recettes.		
Cotisations ....F.	265.001.60	
Dons à la Caisse des pensions	2.589.30	
Dons à la Caisse auxiliaire	650 »	
Profits et pertes	481.09	
Intérêts des valeurs	33.001.40	
Rembours. et amortis.	493.90	
		302.207.29

Dépenses.		
Portefeuille ....F.	228.789.75	
Frais généraux	8.404.63	
Remboursement	2.896.90	
Reste en caisse au 5 avril 1891	2.116.01	
		302.207.29

J'en ai fini, Messieurs et chers Collègues, avec cet ennuyeux rapport.

Caisse auxiliaire. — Je termine en vous disant le capital de la Caisse auxiliaire ou Caisse de secours ; il est au 4 avril de 3,667 fr. 07 c.

Enfin, je fais passer sous vos yeux le bilan que voici :

Bilan au 5 avril 1891.

Caisse ....F.	45.289.95	43.713.14
Caisse des pensions	1.067.07	89.30
Caisse auxiliaire	» »	3.667.07
Cotisations	10 »	262.114.70
Frais généraux	7.947.64	24.10
Obligations du Midi	26.338.10	511.20
Rente 3 % amortissable	119.670.80	1.162.50
Obligations foncières 1883	35.436.15	360 »
Obligations communales 1886	19.855.25	480 »
Obligations d'Orléans	17.029.40	360 »
Obligations foncières 1879	8.850.75	144 »
Obligations communales 1879	9.093.85	» »
Obligations P.-L.-M. (fus. anc.)	22.207.70	169.85
	312.796.66	312.796.66

REPORTAGE MÉDICAL

Souscription Chevandier

3e liste (suite).

MM. les Drs Dumarest, de Voiron (Isère). — Gaillard, de Parthenay (Deux-Sèvres). — Boyer, de la Celle-Saint-Cloud (Seine-et-Oise). — Syndicat médical de Corbell. — Syndicat médical de la Marne.

— Nous avons assisté, mardi 5 courant, au dîner bisannuel des *médecins et pharmaciens de la marine*, qui a eu lieu au *Cercle militaire*. Une quarantaine de convives s'étaient réunis sous la présidence de M. le Dr Nicolas. La fête a été caractérisée par les propos qu'inspire la joyeuse camaraderie d'anciens compagnons d'armes. L'Association compte près de 140 membres.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

MM. les Drs Portaz, de Fumay (Ardennes) ;
Hamaide, de Fumay (Ardennes) ;
Benit, de Givet (Ardennes) ;
Beugnies, de Givet (Ardennes).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès d'un membre du Concours médical
M. le Dr Mourouval, de Miraumont (Somme).

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'École de Médecine
4, rue Antoine-Dubois, 4

Traité du rhumatisme et de l'arthrite rhumatoïde, par le Dr A. Garrod, médecin de l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres, traduit de l'anglais, par le Dr Brachet, chevalier de la légion d'honneur, attaché aux bains d'Aix et de Marlioz (Savoie). In-8e de 400 pages avec 18 figures intercalées dans le texte et VI tableaux lithographiques. Prix : 12 fr. net, 9 fr. 60 *franco* pour les membres du Concours. Nous aurons à analyser plus longuement cet excellent traité didactique.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André, Maison spéciale pour journaux et revues.

Treizième année **N° 20** 16 Mai 1891

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Les angines de la scarlatine.

M. *H. Bourges* a publié sur ce sujet un important travail dont voici les conclusions :

Clinique. — Les angines de la scarlatine sont érythémateuses, pseudo-membraneuses ou gangréneuses.

Les angines pseudo-membraneuses peuvent être divisées en précoces ou tardives. Cette division est justifiée par les différences symptomatiques et pronostiques que présente l'angine, suivant qu'elle survient dès le début, ou seulement après la première semaine de la maladie.

L'angine pseudo-membraneuse précoce semble, le plus souvent, par sa bénignité, son défaut d'extension, son peu de retentissement sur l'état général, ne pas appartenir à la diphthérie, bien que les caractères objectifs de l'angine ne permettent pas d'affirmer le diagnostic.

Cependant la nature des cas, qui s'accompagnent de coryza pseudo-membraneux, de croup, de paralysie du voile du palais, certaines formes toxiques (forme angineuse) reproduisant tous les caractères de l'angine diphthérique hypertoxique, reste des plus douteuses.

L'angine pseudo-membraneuse tardive, au contraire, paraît être le plus souvent de nature diphthérique.

Bactériologie. — Les examens bactériologiques de 30 cas d'angines scarlatineuses se décomposent ainsi qu'il suit : 7 angines érythémateuses ou pultacées ; 19 angines pseudo-membraneuses précoces, dont 1 toxique ; 4 angines pseudo-membraneuses tardives.

Les ensemencements faits dans ces cas, sur sérum et sur agar, avec le mucus ou les fausses membranes des amygdales, n'ont donné que quatre fois des colonies de bacilles de Lœffler. Ces quatre cas comprenaient une angine pseudo-membraneuse précoce et trois angines pseudo-membraneuses tardives.

Dans tous les autres cas, bien que plusieurs d'entre eux eussent tous les caractères d'angines diphthériques graves et que l'un même, accompagné de coryza pseudo-membraneux, eût pris tout à fait l'aspect d'une angine diphthérique hypertoxique, le bacille de Lœffler faisait défaut ; l'inflammation des amygdales et les fausses membranes étaient dues à la présence constante d'un micrococque en chaînettes.

Les caractères morphologiques et les inoculations aux animaux ont établi l'identité de ce micrococque en chaînettes avec le streptocoque pyogène, qui, malgré l'avis de M. Klein, n'a aucun rapport avec le contage de la scarlatine, comme l'ont démontré M. Crookshank et Mme Raskin.

Les micro-organismes, isolés d'une façon inconstante, étaient le staphylococcus aureus, le staphylococcus albus, le micrococcus A, et le bacterium coli commune.

En conséquence, les angines de la scarlatine sont dues à une infection secondaire par le streptocoque pyogène dans les angines érythémateuses, dans presque tous les cas d'angines pseudo-membraneuses précoces, dans quelques cas d'angines pseudo-membraneuses tardives.

C'est presque toujours par les amygdales, infectées dès le début de la scarlatine, que pénètrent ces streptocoques qu'on retrouve au cours de la maladie dans toutes les suppurations : otites, phlegmons du cou, pleurésies purulentes (Marie Raskin, Netter), dans les arthrites (Heubner et Bahrdt), dans les néphrites (Babès) et les bronchopneumonies (Marie Raskin).

L'infection secondaire par le bacille de Lœffler est exceptionnelle dans les angines pseudo-membraneuses précoces, très fréquente, au contraire, dans les angines pseudo-membraneuses tardives.

Prophylaxie. — Ces faits démontrent que, pour éviter chez les scarlatineux les complications telles que : érysipèles, suppuration, etc., il

faut faire de fréquents lavages antiseptiques de la gorge, de la bouche et des fosses nasales, dès le début de la maladie.

Il est nécessaire d'isoler tous les enfants atteints d'angines pseudo-membraneuses, bien qu'on n'ait pu encore constater de contagion lorsqu'il s'agit d'angines non diphthériques ; car l'examen bactériologique seul de chaque cas pourrait permettre d'affirmer le diagnostic.

Mais, avant tout, il ne faut pas envoyer ces malades dans les pavillons d'isolement destinés aux diphthériques, car ils auraient grande chance de contracter une maladie, qu'ils n'ont pas.

Traitement de certains ulcères de l'estomac par la diète absolue et l'alimentation rectale.

Donkin, médecin de l'hôpital de Westminster, vient d'avoir l'idée de traiter l'ulcère de l'estomac en imposant le repos complet à l'organe par plusieurs jours de diète absolue. L'alimentation pendant cette période de diète est faite uniquement par la voie rectale, au moyen de lavements alimentaires(1).

La diète, dans les observations de Donkin, a ordinairement été maintenue pendant une période de dix à vingt jours. Cette diète est absolue; tout au plus permet-on aux malades de sucer quelques fragments de glace pour calmer leur soif. Exceptionnellement Donkin emploie un traitement mixte, permettant l'ingestion d'une petite quantité de lait, en même temps qu'il emploie les lavements alimentaires. En général, ceux-ci constituent le seul mode d'alimentation.

La composition de ces lavements a été très variable. Les lavements de lait additionné ou non de peptones, de cognac, les lavements de bouillon additionnés parfois de jaunes d'œuf ont été tour à tour employés. Ces lavements, pour être tolérés, doivent être donnés très lentement : la quantité de liquide ne doit pas dépasser 60 à 100 grammes. Leur administration est répétée toutes les trois à quatre heures. Il est parfois utile, pour les faire même supporter, de les additionner d'un peu de laudanum. Au fond Donkin se demande si l'absorption ne se borne pas presque entièrement, quelle que soit la composition du lavement, à l'eau et à quelques sels, l'absorption des albuminoïdes et des hydrocarbures par le rectum semblant très limitée. De fait, il est fréquent d'observer malgré les lavements alimentaires un amaigrissement considérable. Mais la perte de poids est vite regagnée quand on revient à l'alimentation ordinaire; elle ne constitue donc pas une contre-indication absolue.

Ce retour à l'alimentation normale exige quelques précautions. Pendant dix à quinze jours, il est bon de donner exclusivement des aliments liquides, lait ou bouillon. Ce n'est qu'un peu plus tard qu'on peut permettre les aliments solides. L'usage du fer et de l'arsenic offrirait alors une certaine utilité.

Le résultat thérapeutique de cette médication a été, dans neuf cas d'ulcères de l'estomac, fort satisfaisant. La disparition des douleurs est presque immédiate, les vomissements et les hématémèses s'arrêtent rapidement. L'amélioration ainsi obtenue est la plupart du temps durable. Mais cette méthode a le grand inconvénient d'être pénible et d'entraîner un affaiblissement assez marqué. Elle doit donc être réservée pour les ulcères rebelles aux autres modes de traitement. Parmi les indications qui pourront plus particulièrement la faire adopter, il faut citer les douleurs qu'entraîne parfois la moindre ingestion d'aliments et surtout les hémorrhagies répétées, qui accompagnent certains cas d'ulcères. On n'oubliera pas que ces hémorrhagies peuvent se produire sous deux formes différentes : l'une qui, tout effrayante qu'elle est, n'est peut-être ni la plus fréquente, ni la plus grave, l'hématémèse ; l'autre, plus insidieuse, souvent méconnue et constituant, néanmoins, dans bien des cas, la cause principale d'affaiblissement, le melœna. C'est dans ces variétés graves d'ulcère que le traitement rigoureux de Donkin pourra être à juste titre essayé.

(1) *The Lancet* et *Gaz. des hôpitaux.*

Un nouvel antiseptique : la microcidine.

M. *Berlioz* (de Grenoble) préconise l'emploi d'un nouvel antiseptique, qu'il appelle la microcidine. Si on ajoute à du naphtol *b*, porté à la température de fusion, la moitié de son poids de soude caustique, et qu'on laisse refroidir, on obtient une poudre blanchâtre, formée par du naphtolate de soude et par des composés naphtoliques et phénoliques. Cette poudre est soluble dans l'eau, dans la proportion de 1 pour 3 ; ses solutions concentrées ont une couleur brune ; ses solutions faibles à 3 p. 1000 sont incolores. La microcidine a un pouvoir antiseptique très grand ; sa toxicité est très faible ; elle n'est pas caustique, elle est peu coûteuse et n'altère pas les instruments et les linges.

Le pouvoir antiseptique de la microcidine est inférieur à celui du bichlorure de mercure et du naphtol, mais il est environ dix fois plus grand que celui de l'acide phénique et vingt fois supérieur à celui de l'acide borique. Elle s'élimine en grande quantité par les urines ; elle est antipyrétique.

M. Polaillon, qui a fait à l'Académie un rapport sur le nouvel antiseptique de M. Berlioz, a fait des pansements avec la solution de microcidine à 3 p. 1,000. Après avoir lavé la plaie avec des bourdonnets de coton hydrophile imbibés d'une solution de microcidine, il la recouvre de compresses de tarlatane imbibées de la même solution, puis il applique du taffetas gommé, de l'ouate et une bande. Il a ainsi obtenu la guérison rapide d'ulcères de jambe et de plaies en suppuration. Quant aux plaies récentes, la solution de microcidine empêche la production de la suppuration au même titre que les solutions phéniquées ou naphtolées.

En résumé, la microcidine mérite de prendre place parmi les antiseptiques les plus utiles et les plus inoffensifs (1).

La glycérine comme analgésique dans les brûlures.

M. *G. Grigorescu* (Bucharest) a fait connaître à la Société de Biologie un traitement bon à essayer. — La glycérine pure, appliquée aussitôt après la brûlure, est un analgésique parfait et durable. Plus l'application est prompte, plus l'effet est complet. Mais dans les cas plus graves, il est nécessaire d'en répéter deux à trois fois l'application. En général, une seule application suffit. On doit laisser la partie continuellement humec-

(1) Académie de médecine.

tée par la glycérine, ou même appliquer un petit bandage protecteur.

Voici comment on procède : on applique quelques gouttes de glycérine sur la partie brûlée et on les fait suivre de frictions légères. Un sentiment de cuisson modérée survient, mais il disparaît presque immédiatement et il ne reste plus qu'une sorte d'anesthésie locale comparable à celle que provoque l'acide phénique sur les corpuscules tactiles des doigts. L'inflammation, plus ou moins intense, qui est fatale dans tous les cas de brûlure, est évitée presque complètement. De plus, l'élimination de la couche épithéliale se fait petit à petit, dans les jours suivants et la cicatrice est beaucoup moins marquée.

Moyens proposés contre le faible accroissement de la population de la France.

L'Académie de médecine a adopté les vœux suivants pour clore la discussion sur ce sujet :

1° Que dans chaque département il soit établi au moins un asile destiné à recevoir les femmes pendant les derniers mois de leur grossesse ; que toute femme, si elle le désire, puisse y être reçue dans des conditions qui assurent le secret absolu sur son entrée et son séjour dans cet établissement et sur son rétablissement ; qu'il soit interdit de faire une enquête administrative sur le domicile et l'identité de toutes les femmes enceintes ou en couches qui sont hospitalisées ; que des tours soient établis dans tous les départements et que dans le même local soient réunis un tour et un bureau ouvert ; que des secours soient accordés aux femmes ne pouvant, faute de ressources sufisantes, élever leur enfant ;

2° Que la loi du 23 décembre 1874 sur la protection des enfants du premier âge soit revisée dans quelques-unes de ses dispositions, et notamment dans celle qui a trait à l'élevage mercenaire. Il ne faut pas désormais qu'il échappe à la surveillance sous le couvert des parents. Il faut qu'une statistique irréprochable permette de mesurer exactement les effets de la loi ; que l'inspection médicale soit organisée partout, et que la loi soit obligatoire pour tous les départements ;

3° Que la vaccination et la revaccination soient rendues obligatoires par une loi ;

4° En attendant que cette loi d'intérêt national ait été adoptée par le Parlement, l'Académie émet le vœu que la vaccination et la revaccination soient encouragées et facilitées par tous les moyens possibles, en tout temps, et notamment toutes les fois que la nécessité d'y avoir recours aura été signalée aux pouvoirs municipaux par les conseils d'hygiène ou les médecins des épidémies, mais surtout lorsqu'apparaît une menace d'épidémie de variole, parce que, contrairement au préjugé populaire, la vaccination et la revaccination sont le plus sûr moyen d'en arrêter les progrès ;

5° Que les enfants soient tous vaccinés et revaccinés dans les écoles, comme les soldats de l'armée de terre et de mer ;

6° Que l'isolement des varioleux, surtout dans les établissements hospitaliers, soit imposé par des mesures législatives ;

7° Qu'un service régulier de vaccination, fonctionnant dans toute l'étendue du territoire, soit organisé de telle façon que chacun puisse se faire vacciner ou revacciner à jour fixe, sans notable déplacement et sans frais ;

8° Que les municipalités et, à leur défaut, les préfets, soient armés de pouvoirs suffisants pour assurer la salubrité publique, dans toutes les agglomérations et pour faire distribuer partout de l'eau potable exempte de toute souillure.

L'Académie ajourne le vote des propositions qui visent l'assainissement des établissements publics, la déclaration, l'isolement, la désinfection en cas de maladies transmissibles, ainsi que la réglementation de la prostitution.

Note sur les applications médicales des boues thermales transportées à Paris (1).

L'idée de transporter les boues végéto-minérales hors de leur station et de vulgariser ainsi un moyen de traitement aussi commode que précieux contre les manifestations aiguës ou chroniques de rhumatisme, de la goutte, du lymphatisme, contre les névralgies et les déformations anciennes suites d'entorses ou de fractures est une innovation des plus heureuses en France. On doit d'autant plus en féliciter le Dr Barthe de Sandfort que l'Italie et l'Allemagne nous avaient devancés depuis longtemps dans cette voie et l'on peut s'étonner à juste titre de nous voir arriver après eux, malgré la supériorité de l'*agent minéro-végétal* dont la nature a doté certaines régions de France.

C'est dans plusieurs hôpitaux de Paris et au Val-de-Grâce que le créateur de « l'*Illutation* (2) » a multiplié d'abord ses expériences et c'est devant les membres les plus distingués de l'Académie de médecine qui les ont suivies pendant 18 mois qu'il est venu signaler les résultats de la statistique poursuivie de 1889 à 1891 sur 273 cas.

Très remarquable par le chiffre même, 73.5 % d'améliorations ou de guérisons, elle montre en même temps que l'on a pu avec le plus grand succès, employer, ce qui n'avait jamais été fait auparavant, les boues dans des *états aigus avec fièvre*, c'est-à-dire, chez des malades qui sont incapables de se déplacer et qui, jusqu'alors, étaient obligés d'attendre pendant de longs mois la saison où ils pourraient se rendre dans une station thermale.

Les boues grâce aux appareils ingénieux du Docteur Barthe, de Sandfort, peuvent être employées par le malade dans son lit sous forme de cataplasmes, ou dans un établissement spécial sous forme de bains généraux.

Les maladies justiciables de la nouvelle méthode sont toutes celles qui se rattachent à l'arthritisme (*rhumatisme, arthrites diverses, névralgies aiguës ou chroniques*) et presque toutes les lésions intéressant les articulations telles qu'*hydarthroses, entorses anciennes, arthrites spécifiques*, etc.

MÉDECINE PRATIQUE

La gravelle et l'hygiène des graveleux.

La gravelle existe dans toutes les parties du monde ; elle est cependant plus rare dans les pays très chauds ou très froids que dans les pays tempérés.

Après avoir eu son maximum de fréquence en

(1) Académie de médecine. Séance du 5 mai 1891.

(2) Etymologie : lutare, enduire de boues.

Hollande et en Angleterre, comme la goutte, elle y décroît graduellement.

On la voit dans la race nègre. Si on l'a rencontrée exceptionnellement chez les Arabes, c'est qu'ils ont une alimentation peu animalisée et vivent toujours au grand air. Les marins, malgré une alimentation animale prédominante, sont préservés aussi par la vie à l'air libre qui accélère chez eux la nutrition : Hutchinson n'a relevé qu'un cas de pierre sur 34,000 marins anglais, mais les officiers qui vivent en grande partie à terre y sont sujets.

Les animaux vivant à l'état domestique ; chien, fauves des ménageries, sont atteints assez souvent de calculs urinaires.

L'homme a la gravelle cinq fois plus souvent que la femme, aussi bien dans l'enfance que dans l'âge adulte. C'est la gravelle rénale qui se voit principalement chez l'adulte ; l'enfant et le vieillard ont plutôt la pierre vésicale. Chez le nouveau-né on trouve des amas d'acide urique cristallisé dans les tubes du rein (Charrin), mais ces concrétions ne vont pas jusqu'à former des graviers.

Le nourrisson à la mamelle n'est pas exempt de coliques néphrétiques, mais chez lui c'est l'oxalate de chaux qui forme les calculs, comme chez l'enfant plus grand dans certaines conditions. Chez l'enfant pauvre, trop tôt nourri de soupes et de bouillies, chez les paysans, qui dans un estomac souvent dilaté entassent une grande masse d'aliments végétaux, c'est la gravelle oxalique qui se voit surtout.

Chez l'adulte, chez le gros mangeur des classes aisées ou des villes qui se nourrit de viande principalement, c'est la gravelle urique qui est de beaucoup la plus fréquente.

On peut voir les deux gravelles se succéder ou s'associer chez un même individu.

On a noté encore la prédisposition des professions sédentaires, intellectuelles ; les grands de la terre, dans l'ordre politique comme dans l'ordre scientifique, littéraire et artistique, ont toujours été des victimes de la gravelle, elle a tourmenté Cromwell, Napoléon, Montaigne.

L'hérédité, incontestée, est plus manifeste sous la forme indirecte. Les parentés morbides de la gravelle sont les mêmes que celles des autres maladies arthritiques. Pour ne citer que la statistique de M. Bouchard, la gravelle complique l'obésité 1 fois sur 10 et existe 1 fois sur 5 chez les ascendants des obèses ; elle accompagne le diabète 1 fois sur 6 et se retrouve 1 fois sur 5 chez les ascendants des diabétiques ; elle se voit 1 fois sur 3 cas de goutte et se rencontre 1 fois sur 8 chez les ascendants des goutteux.

La gravelle peut être de cause générale ou de cause locale ; car les concrétions qui se forment dans les voies urinaires, en mettant de côté les cas exceptionnels (gravelles de cystine, gravelles pileuses), qui intéressent plutôt le chirurgien et sont des curiosités pathologiques, se réduisent à 3 catégories : la gravelle *urique*, la gravelle *oxalique*, la gravelle *phosphatique*.

Les deux premières découlent d'un trouble de la nutrition ; la troisième est la conséquence d'une inflammation catarrhale ou ulcéreuse des voies urinaires (cystite ou pyélite) avec fermentation microbienne. Nous en dirons quelques mots seulement. Il est vrai que la précipitation des phosphates et carbonates terreux ne se produit que dans une urine alcaline et que cette alcalinité de l'urine peut être quelquefois la conséquence d'un excès d'alcalinité du sang.

Les calculs dans la *gravelle phosphatique* se composent de phosphate de chaux, de phosphate ammoniaco-magnésien ou de carbonate de chaux, soit isolés, soit associés à deux ou à trois. Quand l'urine est alcaline parce que le sang est trop chargé de carbonate de soude et de potasse (abus des eaux alcalines), les calculs sont constitués par du phosphate de chaux et du carbonate de chaux. Dans les cas où l'ammoniaque, qui n'existe pas à l'état normal dans l'urine, y apparaît par suite de maladies générales ou d'une alimentation défectueuse, il peut y avoir précipitation de phosphate ammoniaco-magnésien. Le noyau qui sert de centre à la concrétion des précipités phosphatiques de l'urine peut être un corps étranger ou un calcul primitif d'acide urique. L'alcalinité excessive du sang et celle des urines venant à cesser, tandis que le trouble nutritif qui engendre la gravelle urique ou oxalique persiste, les couches phosphatiques secondaires peuvent à leur tour se recouvrir de couches tertiaires d'acide urique ou d'oxalate de chaux.

Quand il existe une inflammation catarrhale ou purulente dans les voies urinaires, au niveau des parties ulcérées et saignantes, les phosphates se précipitent au contact du plasma sanguin. Ils produisent moins de véritables calculs qu'une boue crayeuse qui stagne dans le bas-fond, peut incruster certains points de la muqueuse, s'enchatonner dans quelque diverticule vésical. Quelquefois c'est un calcul primitif d'acide urique qui ulcère la muqueuse, l'enflamme et provoque la précipitation des phosphates autour de lui.

La fermentation de l'urine dans les réservoirs qui la contiennent est le résultat d'un ferment, généralement figuré ; c'est rarement le ferment de Pasteur et van Tieghem, torulacée en chapelets flexueux et fort longs, qui transforme l'urée en carbonate d'ammoniaque, qui vit dans la vessie et s'y développe, mais seulement à la condition d'y avoir été introduite mécaniquement. M. Bouchard dit que l'on rencontre bien plus souvent dans la vessie « une bactérie bacillaire, analogue, sinon identique, au *bacterium termo*, qui peut également acquérir un grand développement et constituer des chaînes de 10 et 20 articles ». Elle provoque aussi la formation d'ammoniaque dans l'urine. Elle a été étudiée depuis par Clado et surtout par Albarran, et elle peut, à la différence de la bactérie de van Tieghem, pénétrer spontanément dans la vessie ; car, si elle est immobile à l'état adulte, elle possède, quand elle est représentée après sa segmentation par des bâtonnets jeunes, isolés ou accouplés deux à deux, des mouvements oscillatoires qui peuvent la faire progresser jusqu'à la vessie à travers l'urèthre depuis le prépuce, humecté d'urine, des individus qui urinent par regorgement et sur lequel on la trouve toujours végétant activement.

Quoi qu'il en soit, introduits à la faveur d'un cathétérisme non aseptique ou ayant pénétré spontanément, ces ferments figurés alcalinisent l'urine par la production de carbonate d'ammoniaque, et fournissent l'occasion aux phosphates calcaires ou ammoniaco-magnésiens de se concréter soit primitivement à l'état de boue ou d'incrustation, soit autour d'un calcul urique ou oxalique préexistant de manière à engendrer un calcul mixte. Ainsi la formation des calculs mixtes

reconnaît toujours une des trois causes suivantes: ulcérations provoquées par le calcul primitif, usage abusif des eaux alcalines, ou cathétérisme qui introduit l'agent des fermentations ammoniacales.

Gravelle urique. — Mais la gravelle qui doit nous occuper surtout, nous médecins, c'est la gravelle urique, dite encore diathésique (Durand-Fardel) ou gravelle rouge.

Elle est la conséquence d'une perturbation dans la destruction de la matière azotée, qui non seulement amène une production plus considérable d'acide urique, mais diminue sa solubilité. L'acide urique ne se produit jamais dans les voies urinaires ; s'il s'y précipite, ce n'est pas parce que les urines sont devenues alcalines, car l'alcalinité s'oppose au contraire à la précipitation de l'acide urique.

L'acide urique est très peu soluble dans l'eau ; il faut, pour en dissoudre 1 partie, au moins 14,000 parties d'eau froide et 1,800 parties d'eau chaude. Mais il est en dissolution dans l'urine à la faveur des phosphates tribasiques qui donnent lieu à la formation d'urates plus solubles, en cédant à l'acide urique un équivalent de base.

La quantité d'acide urique excrétée en 24 heures par l'homme oscille entre 0 gr. 30 et 0 gr. 80.

Diverses hypothèses ont été faites au sujet du mode de formation de l'acide urique : la rate, les tissus transformables en gélatine, le foie, les globules blancs ont été considérés par différents auteurs comme les lieux d'origine. On l'a fait dériver par oxydation de la sarcine et de la xanthine, du glycocolle par copulation ; on l'a regardé comme un degré préalable de l'urée. Il faut se contenter de le considérer plus vaguement comme un produit intermédiaire de transformation des matières azotées, et lui attribuer les aliments pour origine ; car l'animal ne fait que puiser directement dans les végétaux, ou indirectement dans les corps d'animaux qui se sont nourris de végétaux, la matière azotée qui ne peut être formée dans le corps de l'animal.

Les circonstances qui augmentent la production de l'acide urique sont l'alimentation trop abondante ou trop riche en azote, la dyspepsie acide, l'insuffisance des boissons ou l'abus des boissons gazeuses, acides, sucrées (champagne, cidre), l'insuffisance ou l'excès d'exercice musculaire, l'insuffisance de l'activité de la peau (ichthyose, absence de sudation), l'application du froid sur la peau (bains froids), les obstacles apportés passagèrement ou d'une manière permanente à la respiration (dyspnée cardiaque, emphysème, pneumonie, intoxication oxycarbonée), cirrhose du foie, vie sédentaire et séjour dans un air confiné, débilité ou perversion congénitale ou acquise du système nerveux.

Il ne faut pas oublier que la surproduction d'acide urique ne suffit pas à amener la gravelle, si en même temps l'acide urique ne devient pas moins soluble. Or les conditions qui entravent sa solubilité sont : la concentration des urines (boissons insuffisantes, sudations excessives), augmentation de leur acidité par l'excès de phosphates acides, comme cela arrive quand il y a ralentissement des mutations nutritives.

Traitement hygiénique. — La pathogénie nous enseigne que la gravelle suppose parfois une augmentation dans la production de l'acide urique, mais surtout une tendance à la précipitation de celui-ci. En tout cas, moins il y aura d'acide urique, moins il y aura de dépôt. En outre, quand la proportion d'eau est augmentée dans l'urine et l'acidité diminuée, il y a moins de dépôt.

Le régime peut donc remplir une triple indication.

L'organisme ne fabrique pas une quantité déterminée d'acide urique ; il en fabrique plus ou moins suivant la quantité de matière protéique ingérée. Il faut donc ramener au minimum la matière alimentaire azotée, et donner une quantité de gélatine qui puisse remplacer la matière protéique.

Il faut obliger l'organisme à fabriquer le plus possible de corps azotés solubles, urée, acide hippurique ; il restera moins de protéine capable d'être transformée en acide urique. Ce n'est pas avec le régime qu'on augmente l'urée sans augmenter l'azote total. Mais avec le régime on augmente l'acide hippurique ; il faut s'arranger pour fournir à l'organisme un radical auquel puisse se combiner le glycocolle, soit l'acide benzoïque, soit l'acide quinique, substances qui se trouvent fixées à la membrane de revêtement des végétaux verts. Ainsi les pommes avec leur cuticule donnent une quantité notable d'acide *hippurique*. Il ne faut pas négliger les petits moyens ; car un calcul urinaire qui a mis des mois à se former peut ne peser que quelques centigrammes, et il n'est pas indifférent de diminuer chaque jour de quelques milligrammes la quantité d'acide urique précipité.

Ajoutons qu'il faut réduire le combustible, le sucre et l'amidon, éviter l'alcool et les boissons qui contiennent de l'acide carbonique, c'est-à-dire les vins mousseux et les cidres, qui sont considérés à bon droit comme capables d'augmenter la production et la précipitation de l'acide urique.

Pour diminuer la tendance à la précipitation de l'acide urique, il faut augmenter l'alcalinité du sang par l'introduction d'aliments contenant de la potasse ; on donnera donc les végétaux verts et les fruits. On ne redoutera pas que la chaux introduite à la faveur des végétaux soit nuisible à la gravelle ; elle ne joue un rôle que dans les gravelles où les calculs sont constitués par du carbonate et du phosphate de chaux, ou par l'acide oxalique ; mais l'acide quinique de la cuticule compense avantageusement la présence de l'acide oxalique, et la chaux n'a rien de nuisible à la gravelle urique.

Il faut augmenter la quantité de la sécrétion urinaire en donnant libéralement les boissons chaudes et froides. Les boissons chaudes au moment du coucher serviront surtout à agir sur la nutrition générale en dissolvant dans les tissus les déchets accumulés, et en activant les échanges ; l'eau froide, surtout alcaline, prise pendant le jour va dissoudre dans les reins et entraîner mécaniquement l'acide urique précipité dans les voies urinaires. L'eau distillée est bonne, l'eau de citerne convient surtout à la gravelle calcaire.

P. Le Gendre.

MALADIES DES VOIES URINAIRES.

Taille hypogastrique chez un vieillard de 84 ans, pour rétention d'urine et cathétérisme difficile, guérison.

Dans une des dernières séances de la Société médico-pratique de Paris, M. le docteur Desnos rapportait l'observation très intéressante d'un vieillard de 83 ans, calculeux, auquel il avait fait, avec succès, la lithotritie sous le chloroforme. Il insistait avec raison sur le peu de succès de l'opération quand on la pratique sur des malades aussi âgés. Cependant, si cette question de l'âge est très importante, il faut en pareille circonstance s'assurer surtout de l'état des reins. Avec des reins en assez bon état et pas trop sclérosés, on peut avoir de grandes chances de réussite aussi bien avec la lithotritie que par une opération sanglante. Le cas suivant me paraît confirmer cette manière de voir.

Vers le milieu de février 1891, M. le docteur Chopinet, de Crépy-en-Valois, avait l'obligeance de m'adresser un vieillard de 84 ans, atteint de rétention d'urine et chez lequel aucun cathétérisme n'avait été possible pour vider la vessie, quoique le malade se sondât depuis neuf ans, de temps en temps. Cette rétention était arrivée subitement. Je vis pour la première fois ce malade un soir à 8 heures ; il venait de faire un heure et demie de chemin de fer, avec une vessie pleine depuis quarante-huit heures : je trouvai un pouls intermittent, fréquent, fièvre, subdelirium, tremblement nerveux ; des frissons s'étaient montrés en route avec vomissement. J'essayai aussitôt de passer une sonde : malgré quelques essais avec des sondes de différents modèles, je ne pus arriver jusque dans la vessie. Devant l'impossibilité d'atteindre ce résultat, vu la grande quantité de sang que les manœuvres antérieures et les miennes avaient fait perdre et surtout vu l'état du malade, je résolus de ne pas pousser plus loin ces tentatives de cathétérisme et je fis la ponction hypogastrique avec le trocart n° 4 de l'aspirateur de Dieulafoy : la vessie fut vidée. Le lendemain matin, la nuit ayant été mauvaise et deux ou trois essais de sondage ayant été infructueux, je fis une nouvelle ponction. Enfin, à 2 heures de l'après-midi, je pus, avec beaucoup de difficultés et de tâtonnements, passer une sonde métallique à grande courbure et à yeux très larges, ce qui avait été impossible jusqu'à ce moment ; je profitai de ce cathétérisme pour laver la vessie avec de l'eau contenant un millième de nitrate d'argent et la débarrasser des caillots qu'elle contenait, caillots qui irritaient le col et avaient occasionné des envies fréquentes et douloureuses d'uriner. Pendant trois jours, je fis, trois fois dans la journée, des cathétérismes avec la sonde métallique et des lavages avec la même solution argentique. A la suite de ce traitement, les urines n'étant plus teintées, j'essayai une sonde en gomme bicoudée, modèle de Mercier ; elle passa facilement et les sondages furent alors pratiqués avec cette sonde. Le 8e jour, le malade allait très bien comme état général et, avant de le renvoyer dans son pays, je l'engageai à se sonder devant moi, avec la sonde qui servait journellement, afin de continuer ces manœuvres chez lui, aucune goutte d'urine ne sortant naturellement.

Malgré les plus grandes précautions et les indications que je lui donnai, il ne put arriver jusqu'à la vessie et le sang reparut abondamment dans le canal. Ce sondage malheureux fut le point de départ de difficultés considérables : je parvenais bien avec la sonde dans la vessie ; mais, malgré tous les moyens usités en pareil cas, pour éviter que les yeux ne fussent bouchés par le sang, il ne coulait pas d'urine. Je repris la sonde métallique ; son introduction donnait lieu à de vives douleurs, qui se renouvelaient toutes les dix minutes avec les envies d'uriner, et encore elle n'était pas toujours possible. Devant ces difficultés, ces douleurs, ces envies fréquentes d'uriner et surtout en tenant compte de l'état général du malade, état qui, en deux jours, s'était considérablement aggravé au point de faire craindre une mort prochaine, je n'hésitai pas à employer la dernière ressource disponible, à pratiquer la taille hypogastrique.

Le 2 mars, aidé des docteurs Rey et de Lannay, je fis une incision hypogastrique de 5 centimètres : la vessie était distendue par l'urine, qui s'était accumulée pendant la nuit et soulevée par le ballon de Petersen rempli de 200 grammes d'eau tiède. Située assez profondément, elle fut incisée dans la longueur d'un centimètre seulement, dans le sens de l'axe du corps. Le doigt introduit dans l'ouverture fit constater une énorme augmentation du lobe gauche de la prostate, augmentation que le toucher rectal avait permis de diagnostiquer le jour de l'arrivée à Paris : il fut facile, avec un doigt dans la vessie et un autre dans le rectum, de mesurer ce lobe, qui avait la forme et la grosseur d'une petite pomme de rainette. Séance tenante, une sonde de gomme introduite par le canal démontra que l'ouverture du col vésical dans la vessie était très déviée à droite, ce qui, d'ailleurs, avait été aussi constaté avec les sondes métalliques qui ne pouvaient être introduites dans la portion prostatique qu'avec une déviation du bec à droite très prononcée. Un double tube-siphon Périer-Guyon fut attaché et un pansement ouaté termina l'opération.

Les suites en furent très simples. Le malade eut encore de la fièvre pendant deux jours, puis les jours suivants l'appétit revint facilement, grâce à une purgation avec 30 grammes d'huile de ricin ; le 10e jour après l'opération, les tubes furent enlevés et remplacés par une sonde à demeure, pendant 3 jours. Guérison complète le 28 mars, jour du départ du malade pour Crépy.

En résumé, un vieillard de 84 ans, étant dans de très mauvaises conditions de santé générale, avec de l'urémie, a supporté parfaitement la taille hypogastrique, grâce à l'état de ses reins qui étaient encore sains, ainsi que l'indiquaient l'analyse des urines et l'examen des voies urinaires.

J'ajouterai que la réparation de la plaie se fit très vite aussi bien pour la vessie, où elle était très minime, que pour la peau : la vessie, bien entendu, ne fut pas suturée ; 2 sutures métalliques fermèrent la plaie cutanée. L'opération fut faite presque à sec, ainsi que j'en ai l'habitude ; d'ailleurs, depuis quelque temps, je ne me sers plus, comme liquide pour la vessie, que d'eau salée bouillie à 0,06 p. 100 et, quand il existe un catarrhe ou une muqueuse saignante, d'une solution argentique à 1 à 2 grammes par litre, suivant les indications de M. Guyon ; j'ai abandonné l'eau boriquée et l'eau phéniquée ; j'emploie le

moins de liquide possible, et je remplace les éponges par de la ouate hydrophile stérilisée, ainsi que les instruments, avec l'appareil du docteur Poupinel.

Dr DELEFOSSE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Caisse des pensions de retraite du corps médical Français.

Siège social: Paris, 22, Place Saint-Georges, 22.

Paris, le 16 avril 1891.

Mon cher confrére,

Je viens de lire la lettre que M. le Dr L. à D. vous a adressée. Après mûres réflexions, la combinaison n'est pas possible : il serait trop long de donner des chiffres à l'appui. Comme le dit parfaitement notre confrère, les médecins peu fortunés devraient contracter ce qu'il appelle avec juste raison *la trinité sécuritaire* : 1° assurances en cas de mort ; 2° *assurances à rentes viagères* différées (caisse de retraites); 3° assurances en cas d'accidents ou de maladies.

En ce qui concerne les médecins, la première n'est pas possible à établir entre médecins, elle exige de très gros capitaux et est basée sur des combinaisons de bénéfices qui ne peuvent être admises entre confrères. La 3e est réalisée en partie et est à l'étude. Quant à la 2e elle est complétement établie par notre caisse de retraites.

Cette dernière offre sur les assurances de même genre des compagnies, trois avantages sérieux et indéniables :

1° Diminution de la prime annuelle.

2° Facilités de paiement.

3° Assurances d'une retraite en cas d'incapacité de travail après trois ans de versement.

A. Diminution de la prime annuelle.

A 40 ans, une personne veut s'assurer pour avoir 1200 fr. de rente à 60 ans : à une compagnie, elle paiera 358 fr. 20 ; à la Caisse, 247 fr.

Différence 111 fr. par an : soit au bout de 20 ans de paiement de primes 2,220 fr. de plus, sans compter les intérêts de cette somme.

B. Si la personne est obligée de suspendre ses paiements, la compagnie lui versera une retraite proportionnelle à ses versements. A la caisse, il en est de même, mais pourvu que vous ayez, dans tout le courant de votre contrat versé le capital, avec intérêts compris, qui résulte du versement régulier des primes, 7,365 fr., et qu'il y ait 10 ans de participation effective, vous touchez votre retraite intégrale.

C. Enfin, combinaison qui n'existe pas avec les compagnies d'asssurances, si un médecin adhérent à la caisse meurt avant 1894, on rembourse à ses héritiers, capital versé et intérêts à 4 %, (art. 21.) Ensuite à partir de 1894, tout médecin adhérent qui sera reconnu être dans l'impossibilité absolue de travailler, pourra toucher toute sa retraite, après 3 ans, de participation (art. 19).

J'ajouterai que le médecin peut prendre, à la caisse, un des 3 modes suivants de cotisation, depuis une demi-pension, jusqu'à 4 pensions :

1° Verser tous les ans une cotisation telle que, quel que soit leur âge d'entrée, ils acquièrent, jusqu'à 60 ans, le capital type obtenu par l'accumulation à intérêts composés des diverses annuités versées (7365 fr.)

2° Verser en une fois l'arrérage représentant le capital déjà acquis au moment de leur entrée par un adhérent de leur âge entré à 25 ans, pour continuer à verser comme celui-ci la cotisation type de 100 fr. par an.

3° Verser, quel que soit l'âge d'entrée, seulement la cotisation type de 100 fr. par an, pour n'acquérir alors qu'un capital inférieur au capital type 7,365 fr. et n'avoir droit qu'à une retraite qui soit à la retraite type 1,200 fr. ce que ce capital est au capital type 7,365 fr.

Ces différentes combinaisons et les statuts de notre caisse donnent, je crois, amplement satisfaction au vœu émis par l'Association des médecins de l'Indre à la dernière assemblée générale de l'Association des médecins de France.

Bien à vous.

Dr DELEFOSSE,
Secrétaire général.

BULLETIN DES SYNDICATS

Médecine des Frontières.

Mon cher Directeur,

Je viens d'écrire à Monsieur le Dr Maurat pour le prier de rattacher notre syndicat à l'*Union* selon le vœu de l'unanimité des membres.

Je vous ai parlé d'un vœu relatif à la revision de la Convention internationale du 12 janvier 1881 sur l'exercice de la médecine aux frontières. Nous avons eu une réunion à ce sujet et voici la formule que nous avons adoptée :

Vœu tendant à la revision de la Convention internationale du 12 janvier 1881 relative à l'exercice de la médecine aux frontières :

« Les médecins étrangers pourront, comme par le passé, répondre à l'appel des malades, mais il leur sera interdit :

1° De contracter des engagements avec les collectivités, telles que municipalités, bureaux de bienfaisance, Sociétés de secours mutuels, industriels, compagnies d'assurances, etc., et de faire des abonnements avec les particuliers.

2° De délivrer des certificats valables devant une juridiction française.

3° De se rendre à *jours fixes ou plusieurs fois par semaine* dans un local déterminé.

4° De fournir des médicaments d'aucune sorte. »

Nous avons communiqué ce vœu au docteur Peltier de Sedan en le priant de réunir tous les médecins de la région pour le leur communiquer.

Cette réunion a eu lieu mardi dernier et ils ont tous signé avec nous ; voici leurs noms : Docteurs Aron, Lapierre, Peltier, Peronne, Léonard (de Sedan), Goubaux (de Donzy), Gairal (de Carignan), Beaucart (de Margut), Jeangot et Moreau (de Donchéry, Berruzier et Vaucher (de Raucourt), Lion (de Carignan) et Garrigues de (Vrigne-aux-Bois).

A mon instigation ces confrères ont décidé de se constituer en *Syndicat* et ils ont dû avoir une réunion à cet effet le 5 mai. L'élan est donné ; il faudrait qu'il en fût de même parmi les confrères des régions de *Vouziers* et de *Rethel* pour qu'ils suivent notre exemple.

Nous comptons, mon cher Directeur, que vous

voudrez bien publier notre vœu dans le prochain nº du *Concours* en engageant tous les médecins intéressés à se joindre à nous, car cette Convention est tout à fait défavorable aux Français. Si elle était maintenue, nous verrions, comme par le passé, 2 et 3 compatriotes en 10 ans essayer de s'établir dans certaines localités de notre région et être obligés de repartir devant la concurrence belge.

Il est bien entendu qu'en demandant la revision de cette Convention, notre intention n'est pas d'entraver le vote de la loi. Ce n'est qu'un corollaire. Le gouvernement nous veut du bien, il serait désirable qu'il achevât son œuvre en modifiant cette désastreuse Convention internationale ; c'est une question d'opportunité.

Nous espérons que vous voudrez bien vous charger d'en entretenir M. le docteur Chevandier si dévoué à notre cause.

Agréez, etc.

Dr RENSON.

Monthermé, le 19 avril 1891.

Mon cher Directeur,

J'ai pu me procurer le texte de la convention franco-belge.

Le bureau du syndicat partage absolument votre manière de voir sur la question. Nous ne voulons pas saisir les Chambres de notre affaire ; mais, à cause de la discussion de la loi sur l'exercice de la médecine en général et aussi à cause de la révision prochaine des traités de commerce actuels, nous pensons que le moment est venu de prier Monsieur le Ministre des affaires étrangères de dénoncer la convention de 1881 et de la reviser dans le sens de notre vœu. Pour cela il faut faire appuyer notre demande par le plus de monde officiel possible ; c'est dans cette intention que nous l'avons envoyée à nos sénateurs et que nous la remettrons à nos députés, s'il le faut.

Sans cette revision, outre les inconvénients que je vous ai déjà signalés, nos confrères de communes limitrophes ne pourraient pas se soumettre aux statuts de notre syndicat dont ils seraient dupes au profit des médecins belges, et notre association tomberait.

Je suis étonné que certains confrères trouvent cette convention avantageuse. De *Longwy* à *Hirson* les compatriotes la jugent désastreuse. Au delà je ne connais plus les confrères et c'est précisément pour cela que nous vous demandons de faire de l'agitation sur cette question. En prenant connaissance de notre vœu les confrères d'au delà d'Hirson se joindront peut-être à nous si nous le leur proposons par la voie de votre journal. Comme vous le dites, il faut réunir le plus de signatures possibles pour l'appuyer. Avec les confrères de l'arrondissement de Sedan nous sommes déjà 44, et nous ne sommes pas isolés puisque, en feuilletant la très utile collection du *Concours*, je vois en 1889, page 416, et en 1890, page 189, les articles très bien faits du docteur Carrez qui exposent parfaitement le tort que font à nos compatriotes les conventions consenties par notre gouvernement. Déjà en 1886, page 153, le docteur R..., parlant au nom de cent médecins, fait des revendications analogues aux nôtres. Je ne sais à quelle région ces cent confrères appartiennent (elle n'est pas signalée dans le *Concours*), mais ce serait là un bel appoint.

Je vous remercie, mon cher Directeur, de votre empressement à nous être utile. Agréez, etc.

Dr RENSON.

Convention conclue le 12 *janvier* 1881 *entre la France et la Belgique, pour régler l'admission réciproque des médecins, etc., établis dans les communes frontières des deux Etats* (promulguée au *Journal officiel* du 28 janvier 1881).

Articles convenus entre le Président de la République Française, représentée par M. Barthelemy Saint-Hilaire, sénateur, ministre des affaires étrangères, et le roi des Belges, représenté par le baron Beyens, ministre plénipotentiaire à Paris.

ART. 1er. Les médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires français établis dans les communes françaises limitrophes de la Belgique et qui, dans ces communes, sont autorisés à exercer leur art, seront admis à l'exercer de la même manière et dans la même mesure dans les communes limitrophes belges.

Réciproquement, les médecins, etc., belges établis dans les communes belges limitrophes de la France, et qui, dans ces communes, sont autorisés à exercer leur art, seront admis à l'exercer de la même manière et dans la même mesure, dans les communes limitrophes françaises.

ART. 2. — Les médecins, etc., exerçant, en vertu de l'art. I, l'art de guérir en quelqu'une de ses branches au delà des frontières de leur pays, devront se conformer à la législation qui est ou qui sera en vigueur, relativement à l'exercice de l'art de guérir ou d'une de ses branches, dans le pays où ils feront usage de l'autorisation accordée par l'article précédent.

Ils seront tenus également de se conformer aux mesures administratives prescrites dans ce pays.

Les personnes ci-dessus désignées qui ne se conformeraient pas aux dispositions légales ou administratives dont il vient d'être parlé sont privées du bénéfice de l'art. 1er.

ART. 3. — Les médecins, etc., dont les noms figurent sur la liste annuelle dressée conformément à l'art. 4, de la présente Convention, et qui, au lieu de leur domicile, sont autorisés à délivrer des remèdes aux malades, auront le droit d'en délivrer également dans les communes limitrophes de l'autre pays, s'il n'y réside aucun pharmacien.

ART. 4. — Au mois de janvier de chaque année, le gouvernement français fera tenir au gouvernement belge un état nominatif des praticiens et sages-femmes établis dans les communes françaises limitrophes de la Belgique, avec l'indication des branches de l'art de guérir qu'ils sont autorisés à exercer.

ART. 5. — La présente convention sera exécutoire à dater du vingtième jour après sa promulgation dans les formes prescrites par la loi des deux pays et continuera à sortir ses effets jusqu'à l'expiration de six mois à partir du jour auquel elle aura été dénoncée par l'une des deux parties contractantes.

Elle sera ratifiée et les ratifications en seront échangées aussitôt que possible.

Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure.

Le 16 avril a eu lieu la réunion générale annuelle de l'Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure.

L'ordre du jour comportait le renouvellement du bureau de cette Société.

Presque tous les membres de l'ancien bureau ont été renommés.

Président, M. le Dr Porson.

Vice-présidents : MM. les Drs Destez et Patoureau.

Secrétaire-général trésorier, M. le Dr Luneau.

Secrétaire des séances, M. le Dr Blaizot, en remplacement de M. le Dr Toché, démissionnaire.

Syndics : MM. les Drs Berneaudeaux, Teillais, L. Joüon, Chachereau, de Nantes, Huet, de la Basse-Indre, Gémin, de Châteaubriand ont été réélus.

Par suite de l'accroissement de la Société, le nombre des syndics devant être porté à dix, les quatre nouveaux syndics sont MM. A. Grimaud, de Nantes, Chantereau, de Saint-Etienne-de-Mont-Luc, Cailleteau, de Saint-Philbert-de-Grand-lieu et Attimont.

Le soir, un banquet confraternel réunissait les membres de l'Association syndicale et de l'Association de secours mutuels.

De nombreux médecins étaient venus de tous les points du département se joindre à leurs confrères de Nantes. Y assistaient aussi : M. le docteur Mignen, président de l'Union des syndicats médicaux de France, et M. le docteur Cellier, président du syndicat des médecins de la Mayenne.

Après plusieurs discours où l'on constata les avantages de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine, il a été décidé qu'une adresse de félicitations et de remerciements serait envoyée à M. le Dr Chevandier, député de la Drôme, rapporteur de cette loi à la Chambre des députés, et qui a le plus particulièrement contribué à l'élaboration et au vote de la loi.

Un syndicat en préparation dans le Doubs.

Nous recevons de notre confrère M. le Dr Perron de Besançon, la nouvelle ci-après. — M. Perron est souffrant en ce moment. Tous nos lecteurs qui sont tous, aussi, les amis de l'auteur de l'*Honnêteté professionnelle* et de tant d'écrits dont ils ont apprécié la valeur, se joindront à nous pour lui souhaiter le prompt rétablissement de sa chère santé.

Voici l'information de M. Perron :

« Une proposition vient d'être faite vendredi 24 « avril 1891 à la séance de la *Société de médecine* « *de Besançon* pour la formation d'un syndicat « des médecins du Doubs par le Dr Chapoy.

« La proposition de cet honorable confrère, « chirurgien de notre hôpital civil et professeur « à l'École de médecine de Besançon, a été votée « par acclamation ; et une commission a été nommée séance tenante.

« Cette commission est composée de MM. Ledoux « président de la Société locale des médecins du « Doubs, Baudin, médecin en chef de l'asile départemental, etc., et Chapoy, qui ont accepté. »

Nous n'avons reçu que récemment les procès-verbaux du syndicat du Havre. Nous les résumons.

Syndicat des médecins du Havre.

Séance du 24 Février 1890

Présidence de M. de Lignerolles.

Le Syndicat n'étant pas en nombre pour que, au terme du règlement ses votes soient valables, M. Leprévost propose de modifier les statuts de manière à abaisser le quorum exigible des votants. M. Margueritte appuie cette proposition en émettant l'avis que les membres du Syndicat soient divisés à l'avenir en 2 catégories : membres honoraires et membres actifs, le nombre de ces derniers devant seul représenter le chiffre des votants. Une Commission, composée du bureau auquel on adjoint M. Margueritte, est nommée pour l'étude de cette question.

La parole est donnée à M. Caron qui fait connaître au Syndicat, en lui demandant son avis, les propositions qui lui ont été faites par le Président de la Société Saint-Joseph. — M. Génestal a offert à notre confrère la place de médecin de cette Société, aux conditions suivantes : 2 fr. la visite, 1 fr. la consultation, mais retenue de 10 0/0 sur le total des honoraires. L'opinion générale du Syndicat est qu'il serait désirable que la Société de Saint-Joseph admît, comme toutes les autres Sociétés de Secours mutuels, le concours de tous les médecins de la ville, au tarif du Syndicat ; on autorise le bureau à entamer dans ce sens des pourparlers avec M. Génestal. M. Leprévost fait observer que si la Société persiste, tout en acceptant le tarif du Syndicat, à limiter le nombre de ses médecins, il serait juste d'en réserver les places à ceux de nos confrères qui ont démissionné jadis, pour se conformer à nos règlements.

Service de nuit. — Le Syndicat décide que le Président se rendra auprès de l'administration municipale pour protester, en son nom, contre la réduction des tarifs du service de nuit récemment votée par le Conseil municipal.

Séance du 7 Mai 1890

Le Président ouvre la séance en ces termes :

« Messieurs, depuis notre dernière réunion, nous « avons été péniblement éprouvés par la perte de notre regretté confrère, le docteur Margueritte. Il « était le fondateur de notre Syndicat dont il avait « été deux fois le Président et toujours l'un des membres les plus sympathiques et les plus dévoués. Bien « que vous ayez eu connaissance des paroles qu'en « votre nom j'ai prononcées sur sa tombe, permettez-« moi de vous les rappeler au début de cette séance, « ce sera un nouvel hommage rendu à celui qui avait « tant à cœur les intérêts professionnels et l'union « amicale de tous ses confrères. »

M. Lebreton est admis.

Le Président fait connaître le résultat de la démarche auprès de M. le Maire du Havre dont il avait été chargé par le Syndicat pour protester contre la réduction des tarifs du service de nuit. M. le Maire a déclaré prendre note de nos protestations et s'est engagé à en tenir compte lors de la discussion du budget de 1891.

M. Lebreton adresse au Syndicat une lettre dans laquelle il se plaint d'un pharmacien de son quartier, qui, reçu Officier de santé, exerce ostensiblement la médecine. M. Gibert propose de déposer une plainte au Procureur de la République ; le bureau est constitué en commission pour l'étude de cette question.

M. Brunschwig signale à nouveau les agissements d'un charlatan qui, par ses réclames dans les journaux, annonce qu'il traite les maladies des yeux. Une lettre est envoyée au Procureur de la République, le priant d'examiner cette affaire.

Le Président lit une lettre de M. Fauvel demandant à être accepté comme membre honoraire du Syndicat. D'un avis unanime l'ancien règlement, qui ne reconnaît pas de membres honoraires, est maintenu.

M. Gibert rend compte des démarches qu'il a tentées auprès du Président de la Société de Saint-Joseph et qui jusqu'à ce jour n'ont encore abouti à aucune solution.

Séance du 18 Juin 1890

M. Caron est admis.

Le Président donne lecture d'une lettre de M. le Dr Sourice s'excusant de ne pouvoir faire partie du Syndicat, vu « l'impossibilité, dans laquelle il se trouve, « d'observer l'article du Réglement qui prescrit de re- « fuser ses soins à un malade en cours de traite- « ment. »

Le Président rend compte des démarches auprès de M. le Procureur de la République, auquel a été adressée une lettre lui signalant les agissements du sieur Nelson. Il résulte de la réponse de M. le Procureur que, faute de plaintes nettement formulées, on se trouve momentanément dans l'impossibilité d'agir.

Lecture est donnée d'une lettre de M. Rolland, pharmacien et officier de santé, qui prétend être dans son droit en exerçant simultanément ces deux professions. Le Président expose au Syndicat que malheureusement il résulte de ses recherches qu'aucun texte de loi n'a prévu le cas et que les jugements déjà rendus dans des cas semblables nous feraient prévoir un échec devant les tribunaux. Le Syndicat profite de cette occasion pour émettre de nouveau le vœu que la nouvelle loi sur l'Exercice de la Médecine vienne combler cette lacune de la jurisprudence.

A propos de cette affaire, la Chambre Syndicale ayant appris qu'un de nos Confrères de la ville s'était rendu en consultation avec ce pharmacien, le Président a envoyé à ce Confrère une lettre dont il communique le texte au Syndicat, et dans laquelle il le prie de cesser une manière d'agir contraire à la dignité professionnelle.

Le Syndicat approuve les termes de la lettre du Président.

Statuts (2e lecture). — Depuis la dernière séance la Chambre Syndicale, ayant reçu de notre confrère le Dr Lafaurie un amendement au Projet de la Commission, l'a fait imprimer et distribuer aux Membres du Syndicat. M. Lafaurie propose de diviser nos statuts en deux chapitres : 1° les Statuts proprement dits, composés d'articles non modifiables ; 2° un règlement susceptible d'être modifié suivant les circonstances.

Après un échange d'observations entre le Président et MM. Gibert et Lausiès qui soutiennent le Projet Lafaurie, le Syndicat vote définitivement l'adoption du Projet de la Commission.

M. de Lignerolles annonce au Syndicat que par suite d'un malentendu avec l'Association des Médecins de la Seine-Inférieure, le Comité de l'Association se refuse à lui rembourser les frais du Procès-Venencie. Le Syndicat confie à nos délégués le soin de défendre les intérêts de notre Confrère à la prochaine réunion de l'Association qui doit avoir lieu dans quelques jours à Rouen.

Séance du 6 août 1890.

Le Président donne lecture au Syndicat d'une lettre de M. le Procureur de la République lui annonçant que, sur la plainte d'une dame A..., des poursuites sont exercées contre le sieur Kahn, dit Nelson.

Il communique également la réponse de M. Brouardel à la note que nous lui avons adressée au sujet du pharmacien de l'Eure. M. Brouardel nous dit qu'il donnera, comme nous le lui demandions, connaissance des faits à la Société de Médecine légale, mais que personnellement déjà il nous approuve de ne pas avoir engagé d'action judiciaire.

Enfin il fait connaître que l'Association des Médecins de la Seine-Inférieure a consenti, sur les instances de nos délégués, à lui rembourser les frais de première instance du Procès-Venencie. — Celui-ci vient d'être condamné par défaut par la Cour d'appel.

Société de Saint-Joseph. — Le Président rend compte au Syndicat, au nom de la Commission déléguée à cet effet, du résultat de nos négociations avec la Société de Saint-Joseph. La Commission, réunie chez M. Gibert, le 24 juin dernier, a conclu avec M. Génestal, Président de cette Société, un Contrat, dans les termes suivants :

« Le contrat suivant est intervenu entre la Société « de Secours Mutuels Saint-Joseph et le Syndicat des « Médecins du Havre pour une période de 3 ans com- « mençant le 1er Novembre 1890 :

« 1° La Société de Saint-Joseph prend l'engagement « de régler les honoraires médicaux d'après les tarifs « suivants :

« Visite à domicile.......................... 2 fr.

« Consultation au domicile du Médecin..... 1 fr.

« 2° Dans le but de venir en aide à la Société de « Saint-Joseph dans les circonstances difficiles qu'elle « traverse, le Syndicat des Médecins du Havre, dési- « reux de figurer au nombre des bienfaiteurs de cette « Société, fait l'abandon, au bénéfice de la Caisse de « la dite Société d'une somme de 0,25 par visite et « par Consultation.

« 3° La Société est ouverte à tous les Médecins qui « acceptent les conditions sus-énoncées.

« 4° Il sera dressé et mis à la disposition des Méde- « cins une nomenclature des seules substances médi- « camenteuses que les pharmaciens de la Société seront « autorisés à délivrer.

« 5° Toutefois, dans les circonstances exception- « nelles, sur l'avis exprès du Médecin et après auto- « risation du Président de la Société de Saint-Joseph, « des médicaments non compris dans cette nomen- « clature pourront être délivrés.

« 6° Les admissions de nouveaux membres de la « Société de Saint-Joseph seront prononcées par deux « Médecins, spécialement désignés à cet effet. Ces « deux Médecins ne seront pas autorisés à traiter les « malades de la Société. »

M. Leprévost fait observer que dans le texte primitif figurait une autre clause, spécifiant que les Sociétaires pourraient réclamer les soins d'autres Médecins que ceux de la Société, à condition de solder eux-mêmes le supplément de leurs honoraires.

Elle a été supprimée dans le texte définitif à la suite de l'explication suivante : la Société de Saint-Joseph payant à tout sociétaire malade qui déclare ne pas réclamer les soins médicaux et pharmaceutiques, un supplément d'indemnité, celui-ci est libre de prendre à sa charge tel médecin qui lui convient.

Lecture est donnée d'une lettre de M. Génestal, confirmant l'acceptation par le Conseil d'administration de la Société de Saint-Joseph du Contrat ci-dessus.

Le Syndicat l'approuve également par un vote à l'unanimité.

Question de Déontologie. — La Chambre Syndicale ayant eu connaissance d'une brochure intitulée *Questions médicales* et contenant des allégations injurieuses pour un certain nombre de nos confrères, a décidé de consulter le Syndicat sur la conduite qu'il croira devoir tenir à l'avenir vis-à-vis du Dr Henri Fauvel, auteur de cette brochure.

Un des membres du Syndicat propose de refuser à l'avenir toute consultation avec M. Henri Fauvel, sauf le cas de force majeure.

Cette proposition est votée sans discussion à l'unanimité.

M. Bertel déclare s'abstenir, mais après explication, s'engage à suivre la conduite de ses Confrères.

A ce propos, M. Frottier fait observer que les décisions prises à la majorité des voix doivent avoir force de loi pour tous les membres du Syndicat, et que chacun doit s'y conformer.

(*A suivre*).

REPORTAGE MÉDICAL

Souscription Chevandier

3e *liste* (*suite*).

MM. les Drs Seney, de Villefranche-sur-Mer (Alpes-Maritimes). — Syndicat de Montaigu (Ven-

dée). — Porson, de Nantes (L.-Inf.). — Béraud, de Charlieu (Loire). — Bibard, de Pontoise (Seine-et-Oise). — Lepage, de Paris. — Rocher, d'Orléans. — Pruvost, de Quesnoy-sur-Deule (Nord). — Sérieux, de Martigues (B.-du-R.). — Guyader, de Biert (Ariège). — Martinet, de Villenauxe-la-Grande (Aube). — Doulland, de Niort (Deux-Sèvres). — Bédier, de Paris. — Syndicat des Basses-Cévennes. — Guenot, de la Roche-en-Brenil (Côte-d'Or).

— *Dîner du Syndicat de la presse.* — Le *dîner* trimestriel de la *presse médicale* a eu lieu vendredi 8 avril, restaurant Marguery, sous la présidence de M. le Dr Cornil, qui, soumis à la réélection, a été élu à l'unanimité.

Après règlement des comptes de l'année, on a procédé à la discussion de la candidature de M. le Dr Henri Marais. Après audition du rapport de M. le Dr Béthaut, le directeur de l'*Année médicale de Caen* a été élu membre de l'Association de la presse.

M. Cornil annonce qu'il a reçu de M. le Doyen de la Faculté de Toulouse des invitations à l'adresse du Syndicat, pour assister à l'inauguration de la nouvelle Faculté. Des mesures seront prises pour répondre à cette invitation.

On réclamera en outre, au nom du Syndicat, des cartes pour l'exposition du Champ de Mars, et une invitation spéciale du Congrès international de Londres, pour que le Syndicat y soit représenté officiellement.

— Nous avons le regret de faire part de la mort de M. le Dr *Cazin*, de *Berck-sur-Mer*, chirurgien remarquable, interne des hôpitaux. Après avoir exercé au Havre, M. Cazin s'était acquis une juste notoriété. On suppose que son successeur à Berck sera désigné par la voie du Concours.

— Un nouveau sénateur médecin, M. le Dr *Turgis*, vient d'être élu dans le Calvados. Son élection est due à une parfaite droiture, une grande notoriété médicale. M. Turgis est président de la Société locale.

— Une exposition qui ne manquera pas d'originalité, et qui aura au moins le mérite de la nouveauté, s'ouvrira le mois prochain au Champ de Mars.

On y trouvera les spécimens de tous les journaux du monde et tous les moyens de publicité employés par les divers peuples.

A côté figureront tous les genres de réclame, affiches, publicité ambulante, nocturne, aérienne, etc.

Cette exposition ayant lieu en même temps que celle des artistes-peintres, les visiteurs trouveront, cette année, au Champ de Mars, une attraction nouvelle.

Vœux émis par la Société des Hôpitaux. — 1° Création, dans un certain nombre d'hôpitaux, de laboratoires affectés aux recherches bactériologiques, chimiques, anatomo-pathologiques, etc., que comporte la clinique dans chaque hôpital ;

2° Augmentation du nombre des médecins du bureau central. Cette augmentation comporterait la création de douze nouvelles places. Elle permettrait aux médecins titulaires de services de se faire suppléer plus facilement pendant les vacances par des médecins du bureau central. En outre, les médecins du bureau central pourraient, quand les médecins titulaires de service le demanderaient, leur prêter leur concours pour la consultation externe.

3° S'entendre avec la Faculté de médecine pour la création de seize chaires supplémentaires de clinique, à mettre à la charge de l'Etat. Le titre à donner aux seize professeurs supplémentaires serait arrêté par le ministre de l'instruction publique.

4° Organiser dans les hôpitaux un enseignement des spécialités. Cet enseignement serait payé par les élèves qui le suivraient.

— *Vœux des délégués des écoles de médecine :*

« Considérant,

» Que dans l'intérêt des études médicales en général et du service de l'assistance médicale des campagnes, il est nécessaire de conserver en les développant les Ecoles de médecine existantes ;

» Que la suppression de l'officiat de santé ayant été prononcée par la Chambre des députés, et le diplôme de docteur devant être obtenu avant l'âge de vingt-six ans et après avoir passé une année sous les drapeaux, il importe de consacrer aux études médicales tout le temps nécessaire pour former de bons praticiens,

» Estiment que :

» 1° Les études des baccalauréats spéciaux pour la médecine doivent être abrégées dans la mesure du possible, de manière à gagner une année au profit des études médicales proprement dites.

2° Que le régime d'études qui répondrait le mieux à ces desirata est le suivant :

» Dès la première année, études anatomiques et cliniques, avec la sanction d'un examen de fin d'année.

» 2e année : études anatomiques et cliniques, et physiologie, avec un examen probatoire à la fin de l'année.

3e année : cliniques et pathologies, avec la sanction d'un examen de fin d'année.

» Répartition de l'étude des sciences accessoires dans le cours de la scolarité.

» Ils réclament en outre :

» 1° La possibilité pour les étudiants ayant obtenu des fonctions au concours (internes, *prosecteurs, aides d'anatomie*) de passer quatre années dans les écoles secondaires avec équivalence des inscriptions.

2° L'incorporation des étudiants en médecine et en pharmacie faisant leur service militaire à un corps de troupes, tenant garnison dans une ville où siège une Ecole de médecine et de pharmacie, et l'autorisation, pour ces jeunes gens, après leur première année de service, de suivre les cours de cette Ecole.

3° La constitution de jurys mixtes pour les examens probatoires subis au siège des Ecoles.

4° La représentation des Ecoles de médecine et de pharmacie au Conseil supérieur de l'instruction publique et au conseil général des Facultés.

LE SECRET MÉDICAL. — *Une nouvelle façon de le violer.* — Récemment a été signalée, au Conseil municipal de Paris, une curieuse violation du secret médical. L'administration a vendu comme vieux papiers un ballot de rapports médi-

caux datant de 1873 et relatifs à la constatation des décès, avec mention du nom des décédés et de la nature de la maladie qui a entraîné la mort. Des commerçants de divers quartiers se sont servis de ces rapports pour envelopper les objets de consommation qu'ils vendent au public. Il va sans dire que cette violation de secret professionnel a causé une vive émotion, fort légitime d'ailleurs. Le préfet de la Seine a reconnu que les papiers de ce genre ne doivent pas être vendus en nature et il a promis de donner des ordres pour que désormais les certificats médicaux de constatation de décès soient livrés au pilon. (*Sem. méd.*)

— Une *Association* s'est formée entre les *médecins de réserve et de la territoriale*, dans le but de créer des relations entre les membres et de les tenir au courant de toutes les modifications qui se produisent dans le service et des perfectionnements à apporter à leur service. Le *Bulletin médical* propose d'étendre l'Association à tous les médecins des armées de terre et de mer et de créer par eux et pour eux une *Société de médecine et de chirurgie militaires*. Nous ne pouvons qu'applaudir à cette proposition. Le siège social et les conférences se tiennent au *Cercle militaire*.

Un médecin condamné. — Empoisonnement par imprudence. — M. le Dr X... a été condamné à cent francs d'amende pour avoir, par imprudence, causé la mort de Mlle Z... en lui faisant prendre un cachet d'aconitine destiné à soulager un violent mal de dents. — Telle est la note que l'on trouve dans certains journaux ; mais il faut rectifier les faits. M. X. ordonna contre des névralgies dentaires : aconitine, 1 milligr., antipyrine, 0, 50 centigr., pour deux paquets, sans spécifier s'il s'agissait d'aconitine cristallisée ou non. Le pharmacien pesa 1 centigr. d'aconitine cristallisée qu'il divisa en 10 paquets. La malade mourut. M. X. a été condamné, *malgré M. Brouardel lui-même.* — La Médecine Légale et la Justice, c'est la lutte classique du pot de fer et du pot de terre.

(*Progrès médical.*)

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

MM. les Drs CHATELIN, de Charleville (Ardennes) ;
D'HÔTEL, de Poix (Ardennes) ;
HAMAÏDE, de Rocroi (Ardennes) ;
BLAISE, de Gespiensart (Ardennes), tous membres du Syndicat de la Meuse.

FORMULAIRE DU CONCOURS MÉDICAL

Quelques formules de purgatifs salins pour les enfants.

1° Citrate de magnésie ...... 10 à 30 gr.
Sirop de cerises ...... 30 à 50 gr.
Eau ...... 120 gr.

2° Tartrate de soude ...... 10 à 30 gr.
Sirop de framboises ...... 30 gr.
Eau ...... 120 gr.

3° Sel de Seignette ...... 5 à 20 gr.
Sirop de menthe ...... 30 gr.
Eau ...... 120 gr.

4° Phosphate de soude ...... 15 à 30 gr.
Sirop de limons ...... 30 gr.
Décoction d'orge ...... 120 gr.

5° Sulfate de magnésie ...... 10 à 30 gr.
Infusion de café ...... 100 gr.
Sirop de sucre ...... 30 gr.

6° Sulfate de soude ...... 10 à 30 gr. dans une tasse de bouillon salé.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
4, rue Antoine-Dubois, 4

Nos grands médecins d'aujourd'hui, par le Dr Horace Bianchon, vantés par la grande presse parisienne, s'enlèvent rapidement. Nos confrères sont priés d'adresser d'urgence leurs commandes à la Société d'éditions scientifiques. Le prix de ce splendide ouvrage est peu élevé : 8 *francs* net au lieu de 10 pour les membres du Concours ; il pourrait se produire ce qui arrive pour le livre de Pozzi qui n'a pu être maintenu à son premier prix.

A propos de ce livre, nous extrayons du dernier chapitre intitulé les *Ignorés* le délicieux passage suivant :

« Et le médecin de campagne !

« Dans son cabriolet mal clos, tout le long du jour il s'en va par les chemins creux et les routes, visitant pour vingt sous la ladre clientèle, rageant après le paysan qui l'appelle toujours trop tard, quand la vieille est déjà mourante, quand l'enfant est déjà venu.

« Comme l'hiver lui est cruel !

« Les roues de sa carriole s'attardent aux ornières. Son vieux cheval est plus lambin sous la neige aveuglante ou sous la pluie continuelle. Ses mains se gèlent sur les guides, et la tournée n'en finit pas.

« Va, brave homme ! va-t'en faire du bien dans les fermes et les villages. Comme le pauvre Bovary, tu te lèveras dans la nuit pour raccommoder une jambe, ou pour secourir une pauvresse en mal d'enfant. Tu auras froid pendant la route en te remémorant ce que tu sais de chirurgie ; tu ne trouveras chez les gens qu'un peu de cidre auprès d'un grand feu de sarments ; on ne t'appelle qu'en désespoir de cause, après avoir consulté le berger, la sorcière ou le rebouteur. Tu gagneras trois mille francs par an ; tu seras mal payé si le blé n'est pas bien venu. Et tu n'as pas toujours, comme ton voisin le curé, l'espoir d'un meilleur monde, lorsque ton tour sera venu de t'en aller au cimetière !...

« Je sais bien qu'il y a des compensations : la beauté des chemins en mai, la rouille des bois à l'automne, le Cercle, où chaque soir on cause politique en faisant la partie du percepteur, un riche mariage avec la fille d'un propriétaire ; ou, quand on est jeune et garçon, la fille des champs rencontrée et vite aimée pendant que le cheval broute les jeunes pousses de la haie !...

« C'est égal, le métier est rude, et c'est bien de demeurer bon quand on l'a pratiqué longtemps. »

N'est-ce pas, chers confrères, que le Dr Horace Bianchon honore par sa valeur notre profession ?

Adresser toute demande à M. le directeur de la Société d'Editions scientifiques.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

La Société de protection des victimes du devoir médical et le Directeur de l'Assistance publique de France.

M. *Chastaing*, trésorier de la *Société de protection*, nous informe que M. *Henri Monod*, directeur de l'*Assistance publique*, a fait allouer, par le Ministre de l'Intérieur, une somme de *deux mille francs* à la Société dont il est un des deux vice-présidents, avec M. Franck-Chauveau, sénateur de l'Oise.

C'est pour la troisième fois que nous avons le plaisir d'adresser à M. Henri Monod nos remerciements pour les nombreuses marques de l'intérêt qu'il porte aux institutions qui touchent le Corps médical. En toutes circonstances, il sait proclamer, bien haut, que nous rendons à la Société les plus grands services; que nous sommes la cheville ouvrière de toutes les œuvres de philanthropie : Sociétés de secours mutuels, protection des enfants assistés et en bas âge, vaccination, inspection des écoles, etc., etc.

M. Henri Monod a dans ses attributions ce qui concerne l'*Assistance publique* à peine ébauchée, dont les éléments multiples sont épars et il s'est dévoué à la tâche immense de coordonner ces éléments, de doter l'Assistance d'un bon système et d'un budget. Il a également, dans ses attributions, tout ce qui concerne l'*hygiène publique*, dans ses rapports avec l'Assistance.

La législation sur l'Assistance, celle sur l'hygiène publique sont sur le chantier et elles reposent sur une statistique générale et sur la connaissance de toutes les maladies qui peuvent se propager.

La loi *Chevandier* nous a conféré les plus sérieux avantages, les réformes que nous réclamons depuis près d'un siècle; c'est pourquoi nous ne marchanderons pas à l'Assistance publique en France, au futur *ministère de la santé publique*, notre concours empressé.

La nouvelle loi impose au corps médical la déclaration des maladies épidémiques et contagieuses. La sanction de cette déclaration va, dans ses pénalités, jusqu'à la prison; c'est excessif; mais dans la pratique, cette pénalité ne sera jamais appliquée, si le règlement d'administration publique qui doit désigner les maladies à déclarer, tient compte de la formule que le *Concours médical* a préconisée, formule qui impose la déclaration au médecin, en même temps qu'à l'ayant droit du malade ou du décédé.

En réitérant à M. *Henri Monod* nos remerciements, nous faisons les vœux les plus sincères pour le succès de la vaste tâche qui lui incombe; sa puissance de travail, la lucidité de son esprit lui feront surmonter toutes les difficultés et il érigera le monument qui nous manque : une *Assistance publique* complète, consacrée, ensuite, par la création d'un ministère de la santé publique qui gagnera en importance toute la part que devrait perdre de plus en plus, après notre *règlement de compte*, le Ministère de la guerre.

A. C.

LA SEMAINE MÉDICALE

Transmissibilité de la rage par la salive humaine.

M. Dumontpallier avait, dans une récente séance de la Société des hôpitaux, posé cette question à M. Chantemesse à propos d'une communication sur la guérison de la rage atténuée: « L'inoculation de la salive d'un homme enragé peut-elle donner la rage ? » M. Chantemesse a répondu depuis qu'on doit admettre, aujourd'hui, la transmissibilité de la rage humaine à l'animal. Déjà Magendie avait fait, avec Breschet, des expériences concluantes sur ce point : un chien qu'ils avaient inoculé avec de la salive d'un rabique mourait de la rage un mois après ; deux chiens mordus par le premier mouraient quarante jours après. Cette expérience, qui démontre la transmissibilité de la rage humaine, a été depuis plusieurs fois répétée. Enfin, à l'Institut Pasteur, M. Roux a pu produire la rage par l'inoculation de pancréas, de glandes salivaires, de glande lacrymale provenant d'individus morts de la rage.

Les angines à pneumocoques.

A côté des diverses manifestations pulmonaires de l'infection pneumococcique, on peut encore observer, pendant l'épidémie de grippe que nous traversons, une foule de cas pathologiques aigus, localisations multiples du pneumocoque, peu connues quoique probablement fort communes, qui, malgré leurs sièges différents, affectent un certain air de famille permettant de diagnostiquer leur nature, au moins dans les cas typiques. Telles sont les angines à pneumocoques, dont M. Rendu vient d'observer deux cas.

Dans le premier, il s'agit d'une infirmière de l'hôpital des Enfants, âgée de 24 ans. Elle avait été prise, le 11 mars dernier, de frissons, de céphalalgie et d'une courbature générale avec douleur des membres.

Elle entra le lendemain dans le service de M. Rendu. Le pouls était à 120, la température à 40°3 ; à première vue, c'était un début de pneumonie ou de fièvre typhoïde: insomnie, teint vultueux, soif ardente, respiration anxieuse, prostration générale. Cependant, il n'existait ni diarrhée, ni troubles abdominaux, pas de toux, pas de signes stéthoscopiques. La seule lésion visible siégeait à la gorge: le voile du palais était d'un rouge vif, les piliers injectés, mais non œdémateux, les amygdales peu volumineuses, rouges, sans exsudat pultacé, les ganglions sous-maxillaires très peu hypertrophiés ; la déglutition était moyennement douloureuse. Il s'agissait donc d'une angine érythémateuse, légère en apparence, sans participation du pharynx, du larynx, ni des fosses nasales, et hors de proportions avec l'intensité des phénomènes généraux. C'est ce qui devait justement faire soupçonner une maladie infectieuse à détermination angineuse. On ne retrouvait dans cette angine aucun des caractères de l'angine érysipélateuse ni de l'angine rhumatismale.

Mais les conditions étiologiques semblent éclairer le diagnostic. Cette malade, infirmière à l'hôpital des Enfants, couchait dans un dortoir commun avec les autres filles de service ; or, depuis huit jours, trois de ses compagnes avaient été atteintes de pneumonie et envoyées dans le ser-

FEUILLETON

Un médecin fin de siècle.

Inj. Morphine par Docteur. — Ecrire Bureau 11, avenue de l'Opéra, Dr B. 144.

Telle est, textuellement reproduite, l'annonce qui s'étalait dans les colonnes du *Figaro* le 4 du présent mois.

Je vous avoue que, depuis nombre d'années, je suis absolument blasé sur les annonces et les réclames de ces flibustiers de la médecine qui mettent en coupe réglée la crédulité publique et qui se constituent des rentes sérieuses en exploitant cette mine inépuisable que l'on appelle la bêtise humaine.

Le Monsieur qui guérit le cancer sans opération et qui, à l'appui de sa méthode, produit des milliers de certificats, tous plus légalisés les uns que les autres, n'a pas plus le privilège de m'émouvoir que celui qui par son traitement absolument végétal, facile à suivre en secret et même en voyage, débarrasse, en quelques jours, la triste humanité des maladies les plus invétérées.

L'illustre Armand Janoutot lui-même, dont vous avez pu apprendre l'arrestation toute récente pour port illégal d'uniforme et de décorations, cet ancien garçon de café qui s'était improvisé médecin et avait ouvert, en plein quartier des Champs-Elysées, un cabinet fort achalandé, paraît-il, pour le traitement de la tuberculose, me laisse absolument froid et n'excite nullement mon indignation.

C'est que je suis partisan de la liberté absolue en toutes choses et que je ne vois pas pourquoi on chercherait à empêcher les gens de confier leur santé et leur vie à tel ou tel charlatan, alors qu'on les laisse, en toute quiétude, apporter leurs économies et même le pain de la famille aux Mary Raynaud, aux Macé-Berneau et autres escrocs de la même espèce.

Qui vult decipi, decipiatur.

Laissons chacun se faire exploiter à son gré et ne nous mêlons point des affaires des autres toutes les fois que nous pouvons nous en dispenser.

Cependant, bien que je professe, comme on peut le voir, les idées les plus larges sur cette matière, je suis obligé de reconnaître que l'annonce du docteur B. — dont je regrette vivement de ne pouvoir écrire le nom en toutes lettres — me plongea dans la stupéfaction la plus profonde.

C'est qu'en effet ce docteur B. dépasse de cent coudées tous ses collègues en charlatanisme ; les autres suivent les sentiers battus du puffisme ; lui, au contraire, est un novateur et je ne craindrais pas de trop m'avancer en lui prédisant, d'ores et déjà, qu'il ira loin, très loin — peut-être jusqu'à Poissy ou à Clairvaux où il aurait quelques chances de lier commerce d'amitié avec le sympathique Janoutot déjà nommé.

Les charlatans, vieux jeu, diplômés ou non, se prétendent tous en mesure de guérir radicalement une ou plusieurs maladies généralement réputées

vice de M. Rendu ; deux avaient une pneumonie franche, l'autre une broncho-pneumonie grippale.

On pouvait donc supposer que ce cas d'angine n'était autre chose qu'une détermination différente de la même maladie infectieuse. En effet, une souris inoculée avec une petite quantité de salive mourut 18 heures après, et le pneumocoque fut retrouvé dans ses organes ; les cultures furent aussi démonstratives.

L'évolution clinique de cette angine fut en outre caractéristique : au bout de trois jours une crise se produisit, marquée par une diaphorèse et une diurèse considérables et la température tomba brusquement à 37°. On avait prescrit, comme traitement, de l'antipyrine et des gargarismes boriqués.

Quelques jours plus tard un cas presque identique se développa dans la même salle.

Une femme, entrée pour une roséole syphilitique avec rougeur érythémateuse du pharynx et plaques muqueuses sur les amygdales, fut prise, le 20 mars, de phénomènes généraux semblables à ceux de la maladie précédente : courbature, frissons, céphalalgie, etc. L'angine fut plus intense à cause des lésions syphilitiques préexistantes ; l'adénopathie fut aussi plus marquée.

Mais l'évolution fut la même dans les deux cas. Le 4e jour, en effet, une crise sudorale se produisit et la température tomba brusquement de 39°5 à 37°. On ne put faire ni cultures ni inoculations.

La même évolution de ces deux cas d'angine, jointe à la fréquence actuelle des maladies à pneumocoques, porte à croire cependant qu'il s'agissait là d'une variété d'angine bien définie, dont le diagnostic deviendra peut-être facile dès que l'attention sera portée sur ce point.

La présence du pneumocoque dans la salive à l'état normal pourrait faire penser que, dans un cas d'angine, la constatation de ce microbe n'a pas une valeur pathogénique décisive. Cependant ce pneumocoque n'existe pas dans toutes les salives et, quand il y est, sa virulence n'est point comparable à celle qu'il a chez les pneumoniques. Or, la salive de la première malade de M. Rendu a déterminé, chez la souris, une septicémie rapide qui tua l'animal en dix-huit heures. L'agent pneumonique avait donc ici toute son exaltation virulente, et l'angine peut être considérée comme une détermination de l'infection pneumonique.

Ces faits sont intéressants parce que le groupe des angines fébriles à type érythémateux est à remanier complètement au point de vue clinique. On peut affirmer aujourd'hui que le pharynx est la région de prédilection pour les microbes pathogènes introduits par la respiration, et poser en principe que toutes les angines aiguës sont d'origine microbienne. Les deux cas d'angine rapportés par M. Rendu prouvent en outre que la détermination des micro-organismes pathogènes peut, d'après les allures de la maladie, être soupçonnée et même affirmée.

M. Rendu rapporte ensuite un cas de méningite à pneumocoques, sans pneumonie, tel que M. Netter en a déjà publié plusieurs.

M. *Netter* complète la communication de M. Rendu en rappelant que la méningite à pneumocoques est fréquente. Chez les pneumoniques on trouve dans les sinus ou dans les cavités de l'oreille un liquide glaireux ou purulent contenant des pneumocoques. C'est très probablement de ces

---

incurables ; le Dr B, au contraire, — et c'est là qu'éclate son originalité — n'a la prétention de guérir personne ; loin de là, il veut mettre la morphine à la portée de tous et favoriser, de tout son pouvoir, la propagation de ce poison qui, avec l'alcool, contribue, dans une si large mesure, à l'abêtissement et à la dégénérescence physique de l'espèce humaine.

Les morphinomanes, pour arriver à satisfaire leur terrible passion, ont à vaincre certains ennuis : d'abord, la difficulté de se procurer leur poison favori ; puis la douleur que leur cause la piqûre, pratiquée par eux-mêmes et généralement si mal faite qu'elle ne tarde pas à être la cause de nombreux petits abcès extrêmement douloureux. Avec le Dr B., tous ces inconvénients seront évités : plus de disette de morphine, grâce à ses ordonnances à profusion répandues ; peu ou point de douleur, car il aura, à coup sûr, la légèreté de main que nécessite la carrière qu'il embrasse ; enfin, par des précautions antiseptiques savamment prises, il saura, n'en doutez point, éviter toute inflammation de la peau et toute formation d'abcès.

Et, d'un cœur léger, il aplanira pour ses clients la route qui doit infailliblement les conduire à la tombe ou à l'asile d'aliénés.

Le Dr B. est bien de notre époque où la lutte pour la vie devient une nécessité qui s'impose de plus en plus absorbante ; seulement, pour cette lutte, pour ce combat qu'il compte livrer contre la fortune, ce n'est ni la science, ni le travail, ni l'honnêteté qu'il prend pour alliés, ce sont les passions funestes de ses concitoyens qu'il se propose d'exploiter ; c'est le vice qu'il veut canaliser à son profit.

Le moment du reste est bien choisi : le flot de la morphinomanie monte de jour en jour et menace de faire de la génération qui nous suivra une nation de névrosés et de déséquilibrés.

A l'heure où tous les médecins dignes de ce nom se préoccupent des dangers que l'abus de la morphine fait courir à notre société moderne, où ils se demandent s'il n'y a pas lieu d'appeler l'attention des pouvoirs publics sur cette question et d'apporter, comme en Allemagne, certaines entraves à la vente de ce produit pernicieux, il se trouve un homme, se disant docteur — espérons, pour notre honneur à tous, qu'il usurpe ce titre — qui ne craint pas de commettre une véritable tentative d'empoisonnement public, en provoquant ses concitoyens à user du poison narcotique et en leur en facilitant l'emploi !

La société n'est-elle donc pas armée contre de pareils attentats ?

Doit-elle laisser un bandit anonyme dresser publiquement un guet-apens où viendront tomber de nombreuses victimes, qui pour la plupart ne jouissent déjà plus de leur libre arbitre ?

Je ne le crois pas : on peut et on doit agir ! Mais, dans tous les cas, il y a œuvre de moralité et de salubrité à accomplir en empêchant désormais le Dr B. et autres chevaliers d'industrie de déposer leurs dangereuses élucubrations dans les colonnes des journaux à grand tirage.

Dr A. Nadaud.

régions que les pneumocoques envahissent les méninges, alors même que la méningite occupe seulement la convexité des hémisphères.

Quant aux angines à pneumocoques on en avait décrit deux types; les cas de M. Rendu en formeraient un troisième. Le premier constitue l'*angine pseudo-membraneuse*. Il n'en existe qu'une observation qui a fait l'objet d'une clinique de M. Jaccoud. Les fausses membranes contenaient le pneumocoque en abondance et presque pur; il n'y avait pas trace de bacille de Loeffler. Ce fait est très intéressant.

Peut-être, en effet, certains croups bénins ne sont-ils dus qu'au pneumocoque; M. Netter vient d'observer un enfant de trois ans, atteint de laryngo-trachéite pseudo-membraneuse ayant nécessité la trachéotomie, et dont les fausses membranes ne renfermaient également que le pneumocoque.

Le pneumocoque peut donc être fibrinogène, de même qu'il est pyogène : l'amygdalite suppurée survenant au cours de la pneumonie en est un exemple. Cette amygdalite suppurée a été bien étudiée par M. Cornil en 1886.

Un autre type de l'angine à pneumocoques est l'amygdalite folliculaire. Gabbi en a publié plusieurs cas, en 1889, dans *Lo Sperimentale*; le pneumocoque se trouvait en abondance dans le contenu des cryptes amygdaliennes. Mais ce type, établi par Gabbi, n'est pas absolument certain, car les pneumocoques peuvent ne pénétrer dans les cryptes qu'accidentellement et secondairement, puisqu'ils habitent normalement le pharynx.

Quant au type présenté par M. Rendu, il existe peut-être, mais il est difficile à démontrer. Ce serait une *angine érythémateuse simple* survenant comme seule manifestation de l'infection pneumonique.

Il est fâcheux que la salive de la malade n'ait pas été inoculée dans les premiers jours qui ont suivi la crise. Après la crise, en effet, le pneumocoque perd momentanément sa virulence; il la récupère au bout de vingt-un-jours, du moins dans 60 % des cas. Si cette atténuation passagère du pneumocoque avait été trouvée, c'eût été une preuve en faveur du rôle actif du pneumocoque dans la production de l'angine.

Suivant M. *Chantemesse*, cette atténuation du pneumocoque ne doit pas être regardée comme une règle générale, puisqu'on voit souvent, après la guérison d'une pneumonie, éclater d'autres accidents dus au pneumocoque.

M. *Netter* reconnaît qu'en effet on voit quelquefois survenir des méningites, des endocardites après la pneumonie, etc.; on voit même la pneumonie passer d'un côté à l'autre alors que le premier foyer est guéri. L'atténuation après une crise de tous les pneumocoques contenus dans l'organisme n'est donc point de règle générale. Ces micro-organismes peuvent, dans une pneumonie infectante, ne pas être atténués, ou bien ils recouvrent très vite leur virulence.

Mais on a souvent constaté que le suc du poumon ne contenait plus de pneumocoques virulents après une pneumonie; et, en effet, au moment de la crise il se produit une surélévation de température qui n'est point favorable au microbe; en outre le suc pneumonique est acide, surtout à la fin de la pneumonie; or les cultures de pneumocoques sont impossibles dans les milieux acides. Tout ceci explique les résultats fournis par l'expérimentation qui a déjà établi que dans les premiers jours qui suivent la crise, le pneumocoque n'est plus virulent.

Recherches bactériologiques sur la salive des enfants atteints de rougeole.

H. Méry et *P. Boulloche* (*Rev. mens. des malad. de l'enfance*, avril 1891) nous montrent que le pneumocoque et le streptocoque se rencontrent bien plus fréquemment dans la salive des enfants atteints de rougeole que chez les enfants sains. Les accidents broncho-pulmonaires de la rougeole n'apparaissent presque jamais que chez les enfants dont la salive contient le streptocoque ou le pneumocoque, et à l'autopsie on peut suivre le microbe pathogène reconnu dans la salive depuis les voies aériennes supérieures jusqu'aux petites bronches. Il en résulte la nécessité de pratiquer dans le cours de la rougeole une antisepsie buccale aussi rigoureuse que possible.

Un cas d'empyème de l'antre d'Highmore dû au streptocoque.

Luc (*Arch. de laryngologie*, 1891), dit que les suppurations de l'antre d'Highmore se trouvent presque toujours en relation avec la carie des deux dernières grosses molaires. Or dans le cas que publie Luc, il s'agit d'une femme atteinte d'empyème de l'antre d'Highmore consécutivement à un érysipèle de la face, chez laquelle les dernières grosses molaires étaient dans un état parfait, les petites tombées avec leurs racines depuis plus de deux ans, et la canine saine. On ne pouvait donc songer à une infection par les dents. En effet, le pus de la cavité, recueilli pendant l'opération et examiné plus tard par M. Ledoux-Lebard, contenait exclusivement des streptocoques de l'érysipèle.

Le malade a guéri par les lavages boriqués et le tamponnement iodoformé de la cavité trépanée.

Au point de vue clinique, on pouvait dans ce cas constater certaines particularités : le pus n'était pas fétide, ne contenait pas de grumeaux et la suppuration post-opératoire fut plus longue que dans les cas ordinaires.

Dans un autre cas d'empyème de l'antre d'Highmore par carie dentaire le pus contenait : 1° des staphylocoques ; 2° des diplocoques ; 3° de longs filaments composés de courts articles ; 4° des bacilles isolés ; 5° des microcoques plus ou moins volumineux.

Cocaïne et cocaïnisme.

A l'occasion d'un mémoire lu à l'Académie par M. Hallopeau sur des accidents de *cocaïnisme chronique*, M. *Magitot*, rapporteur d'une commission, a tracé l'histoire complète de la cocaïne dont l'emploi, comme analgésique local, a pris, comme on sait, une si grande extension dans la pratique chirurgicale. Toutefois, à la suite d'un assez grand nombre d'accidents plus ou moins graves et même mortels, il s'était élevé contre son emploi des craintes sérieuses et une certaine réprobation, que M. Magitot, après enquête sur les faits, déclare ne pas partager. Il termine son rapport par plusieurs propositions qu'on peut regarder comme constituant *le code* de l'administration de la cocaïne en chirurgie. Les voici :

1° La dose de cocaïne doit être proportionnelle

à l'étendue de la surface à analgésier ; elle ne dépassera dans aucun cas *huit ou dix* centigrammes, dose réservée aux grandes surfaces opératoires. 2° Elle ne devra jamais être employée chez les cardiaques, dans les maladies chroniques des voies respiratoires et chez les névropathes. 3° On devra éviter son introduction dans les veines. 4° L'injection de cocaïne doit toujours être faite sur un sujet *couché*, sauf à le relever ensuite s'il s'agit d'une opération sur la tête ou dans la bouche. 5° La cocaïne devra être d'une pureté absolue, certains alcaloïdes auxquels elle peut être mélangée étant d'une nature particulièrement toxique. 6° L'introduction de la cocaïne devra être *fractionnée* de manière qu'une injection partielle faible sera suivie d'une suspension de quelques minutes pendant lesquelles on observera s'il se produit des effets toxiques ; cette première injection servira d'*épreuve*. 7° Ainsi employée d'une façon graduée et méthodique, la cocaïne présente sur le chloroforme, l'éther, etc., de grands avantages ; et la durée de l'effet anesthésique est toujours suffisante pour permettre presque toutes les opérations de la chirurgie ordinaire.

M. *C. Paul* approuve la prudence conseillée par M. Magitot pour l'emploi de la cocaïne par la voie sous-cutanée. Mais il croit qu'il faut aussi faire remarquer que la cocaïne peut être administrée à l'intérieur, contre les gastralgies, à doses assez élevées, de 0,15 à 0,30 centigrammes par jour en deux fois, sans produire aucun accident. Il importe de le savoir, même lorsqu'on a à pratiquer des injections locales, telles que celles des gencives, l'injection de quelques gouttes de cocaïne étant sans inconvénient dans ce cas.

D'après M. *Laborde*, pareils faits sont constatés chez les animaux. C'est d'ailleurs un précepte général, que les substances qui ne peuvent être données qu'à faible dose par la voie hypodermique, peuvent être ingérées à doses plus considérables. Mais il ne faut pas non plus exagérer pour la cocaïne, car on a constaté des accidents chez des cocaïniques avec la dose de 0,50 centigrammes à l'intérieur.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Examen des doctrines de l'inflammation

par M. le professeur BOUCHARD.

Je poursuis cette année l'étude pathogénique des maladies communes ; je me propose de traiter des maladies inflammatoires, et je désire dans cette première leçon, exposer l'état actuel de la question en ce qui concerne la doctrine de l'inflammation.

Je réserve la critique pour d'autres leçons ; je me bornerai pour le moment à indiquer les faits et les idées tels qu'il se sont produits dans la médecine moderne.

L'inflammation, il y a cinquante ou soixante ans, c'était mieux qu'une lésion, mieux qu'un trouble physiologique : c'était une maladie. C'était *la maladie* à une époque où la maladie c'était l'irritation. L'irritation qui était plus ou moins récente prit un nom ancien : on l'appela l'inflammation.

En face de l'exagération de Broussais et des doctrinaires de son Ecole, il faut reconnaître que la masse des médecins, à cette période d'engouement, acceptaient encore cependant qu'il y avait une variole qui n'était pas une pure dermatite, une syphilis qui n'était pas une association fortuite de cutites, de pharyngites, d'adénites, de périostites, même une fièvre typhoïde qui n'était pas une simple entérite folliculeuse. Mais il faut reconnaître aussi qu'en dehors de quelques maladies dont la cause ou dont la lésion n'appartenait qu'à elles, tout le reste, ou presque tout le reste, c'était l'inflammation.

L'inflammation c'était le fonds commun des maladies non spécifiques ; c'était la chose essentielle ; pour abréger on disait l'*essence* de la maladie, et à l'aide d'un synonyme, cela devenait la *nature* de la maladie. Cette vue était explicable et excusable car l'inflammation était à peu près tout ce qu'on savait de la maladie ; on la constatait par ses symptômes pendant la vie, par ses lésions après la mort. Des causes de ces maladies, on ignorait presque tout sauf le traumatisme, le froid, les excès ou autres causes nerveuses dépressives, toutes causes très réelles, mais aussi toutes causes banales.

De la pathogénie, on ne soupçonnait rien.

C'est par la pathogénie qu'on est entré dans l'étude scientifique des maladies inflammatoires. Mais cette pathogénie c'était celle que l'on faisait alors, la seule d'ailleurs qui fût possible, celle qui cherchait à expliquer non la genèse des maladies, mais la genèse des symptômes puis des lésions.

I

Ce qu'on vit d'abord, c'est que deux des éléments cardinaux de l'inflammation, la rougeur et la chaleur, ne devaient pas aller sans quelque trouble de la vascularisation. Congestion ou hyperémie, telle fut la première constatation d'ordre pathogénique introduite dans la connaissance intime du processus inflammatoire. C'était la dilatation vasculaire produisant une teinte rosée ou rouge plus ou moins sombre, amenant aussi un certain degré de turgescence résistante, causant une élévation thermique qui ne semblait pas devoir dépasser la température centrale, mais que les recherches récentes ont montré capable de s'élever au-dessus de la température du sang, déterminant enfin des battements perceptibles au malade et reconnaissables par le médecin. C'était la congestion active. Si la congestion active n'était pas nécessairement inflammatoire, les congestions inflammatoires étaient généralement actives. On les distingua de ce qu'on appelait les congestions passives reconnaissables à une couleur violacée ou noirâtre, au gonflement œdémateux, à l'absence d'élévation thermique, souvent même à l'abaissement de la température locale, au manque de battements. C'étaient des différences que signalaient les cliniciens, mais que les anatomistes n'ont pas reconnues tout d'abord.

Quand le microscope fit ses premières constatations, il indiqua la distension vasculaire avec oscillation, arrêt, stagnation des globules rouges, c'est bien l'hyperémie ; c'est rarement l'hyperémie inflammatoire ; ce n'est pas la congestion active.

II

Pendant près de dix ans, cela a été considéré comme la physiologie pathologique de l'inflam-

mation, mais cela ne pouvait pas suffire. On a vu, en effet, que si la tuméfaction peut être due en partie à la distension vasculaire et en partie à l'exsudation, cette exsudation purement séreuse dans l'hyperémie passive était plastique comme on disait, fibrineuse, ou du moins riche en matière fibrinogène dans l'hyperémie inflammatoire. Elle dépendait donc d'autre chose que d'une exosmose mécanique. On a admis un changement local de la nutrition. On a de plus reconnu dans le tissu enflammé la présence de cellules nouvelles, leucocytes, cellules embryonnaires, corps fusiformes fibro-plastiques.

La grande querelle commence à ce point précis; elle s'engage sur cette question : « D'où viennent ces cellules ? »

Robin affirmait qu'elles se formaient de toutes pièces dans le blastème, qu'elles naissaient par genèse. Virchow estimait qu'elles dérivaient des cellules préexistantes des tissus et que l'inflammation était précisément le gonflement et la multiplication de ces cellules. *Omnis cellula e cellulâ* : ce fut le dogme fondamental de la pathologie cellulaire, conception géniale qui domine encore la médecine. Les cellules nouvelles nées de cette prolifération pouvaient aboutir au tissu fibreux ou au tissu de granulation; elles pouvaient aussi former le pus.

La moitié de la théorie était vraie, et, si l'origine des leucocytes du pus a été, avec raison, placée en dehors de la prolifération des corpuscules du tissu conjonctif, les travaux récents ont montré que les cellules conjonctives enflammées donnent réellement naissance à d'autres cellules qui ont les caractères de cellules migratrices.

Dans l'ensemble, cette théorie de la multiplication cellulaire se substitua à la théorie de la dilatation vasculaire.

III

La théorie vasculaire semblait morte ; elle avait fait place, non sans résistance, à la théorie cellulaire ; on la vit ressusciter sous l'œil même de Virchow. Cohnheim, l'un de ses élèves les plus éminents, accomplit une double découverte qui donne sa signification et sa justification, non à la première doctrine pathogénique de l'inflammation, mais à l'ancienne distinction clinique des congestions, en active et passive.

Dans l'hyperémie par stase, les globules rouges accumulés dans toute la lumière du vaisseau, et pressant ses parois, le distendent et peuvent apparaître en dehors de lui, sans qu'on puisse reconnaître ni érosion, ni rupture.

Dans la dilatation irritative, inflammatoire, active, la distension des parois s'opère, mais la colonne des globules rouges reste au centre, sans contact avec la paroi dont ils demeurent séparés par la zone claire du plasma, avec les leucocytes qui gagnent la face interne de la membrane vasculaire, s'y appliquent, s'y étalent et peuvent enfin la franchir sans qu'on reconnaisse encore ni érosion, ni rupture.

Cette double constatation était la réhabilitation et la démonstration, que pouvait seul donner le microscope, de l'antique division des extravasations, qui ne pouvaient se faire que par rupture, érosion ou diapédèse.

Un type de l'extravasation cellulaire dans l'hyperémie passive, c'est le purpura. Le type de l'extravasation cellulaire dans l'hyperémie active, c'est la suppuration.

La théorie s'est élargie depuis vingt ans. Ce ne sont pas seulement les cellules blanches du sang, les leucocytes à noyaux multiples, ce sont aussi les cellules de la lymphe, les leucocytes à un seul noyau, qui peuvent sortir par diapédèse des espaces où ils sont normalement contenus. Et si ces cellules peuvent, par leur amas, constituer le pus, elles peuvent aussi, conservant leurs caractères de cellules migratrices, rentrer dans la circulation.

On admettait enfin, et Ranvier démontrait hier, qu'elles peuvent rester dans les tissus, non pour y mourir, mais pour y vivre d'une vie sédentaire, après s'être transformées en cellules fixes du tissu conjonctif.

Quelles que soient leurs destinées, ces cellules de l'inflammation ne sont pas des cellules nouvelles, ou du moins ne sont pas toutes des cellules nouvelles. Beaucoup, parmi elles, n'ont eu pour origine ni le blastème de Robin, ni la prolifération de Virchow ; elles ne sont, dans la théorie de Cohnheim, que des cellules déplacées qui, normalement intravasculaires, deviennent extravasculaires par suite de l'état pathologique dans lequel se sont placés les vaisseaux.

Nous sommes donc de nouveau en face de la théorie vasculaire de l'inflammation, ou plutôt en face d'une nouvelle théorie vasculaire.

On n'a pas tardé à s'apercevoir que la théorie de la diapédèse se heurtait à des difficultés. Il n'est pas rare qu'un adulte fasse en vingt-quatre heures un litre d'un pus modérément consistant, dont la richesse en leucocytes dépasse cent vingt-cinq mille par millimètre cube. Ce litre de pus contient ainsi près de deux fois ce que la totalité du système vasculaire sanguin renferme de leucocytes chez un homme de poids moyen. Pour expliquer la suppuration, la diapédèse a donc besoin d'une autre explication ; il faut savoir pourquoi et comment les leucocytes se multiplient dans ces cas avec une telle rapidité.

Cette multiplication est une règle ; j'en ai pour preuve la leucocytose qui accompagne les suppurations. Dès la première heure, Schiff avait expliqué cette leucocytose, alors qu'elle n'avait pas encore été constatée, en supposant un catarrhe interne des vaisseaux dans la partie enflammée. L'explication naturelle se trouve dans ce fait que nous aurons bientôt à interpréter à son tour : la moelle osseuse présente des multiplications cellulaires au cours des états suppuratifs. S'il en est ainsi, la théorie de Virchow reprend ses droits ; l'inflammation non suppurative est une activité proliférante des cellules de la région enflammée ; l'inflammation suppurative est une activité proliférante des cellules de la moelle osseuse de tout le corps, et les leucocytes résultant de cette multiplication sortent des vaisseaux dans la région enflammée.

Les questions se déplacent Il nous faut rechercher maintenant pourquoi cette leucocytose d'origine ostéo-myélique et pourquoi cette diapédèse dans une région spéciale ?

En réponse à la première question, nous verrons que la leucocytose paraît être l'effet d'une intoxication générale par une substance dont un effet local serait l'inflammation.

En réponse à la seconde question, je ferai remarquer que si Cohnheim avait tendance à attribuer

la dilatation à l'action directe des causes de l'inflammation, au traumatisme, à la chaleur ou à l'action locale des matières phlogogènes sur les vaisseaux ; les physiologistes ont expliqué cette dilatation par une influence nerveuse réflexe. Ils ont montré que les centres nerveux dans la moelle allongée, dans la moelle épinière, dans les ganglions, et sans doute aussi dans les cellules nerveuses disséminées le long des vaisseaux, peuvent par paralysie ou par excitation provoquer des dilatations vasculaires ; que si la paralysie des vaso-constricteurs produit la dilatation passive qui n'aboutit pas à l'issue des leucocytes, l'excitation des vaso-dilatateurs provoque la dilatation active sans laquelle ne se ferait pas la diapédèse des globules blancs.

Je mentionne encore une autre explication physiologique, celle de Draper suivant lequel l'activité nutritive exaltée dans un territoire cellulaire suffirait pour produire une attraction sur le sang, le système nerveux restant hors de cause.

En appliquant à la pathologie, ce qui me paraît acceptable, les données physiologiques relatives à la vaso-dilatation, la congestion inflammatoire serait l'effet réflexe de l'excitation locale produite sur les nerfs par les causes mécaniques, physiques ou chimiques de l'inflammation.

Jusqu'ici tout a été pure physiologie pathologique. La pathogénie vraie ne commence que lorsque je dis : la leucocytose préparatoire de la diapédèse est causée par l'irritation formative qu'un poison provoque dans la moelle osseuse. Or c'est là une découverte de la dernière heure que j'ai citée avant sa date.

La pathogénie avait commencé aussi quand on crut établir que la dilatation vasculaire active, condition de la diapédèse, est l'effet d'un réflexe provoqué par l'irritation qu'exerce sur les nerfs périphériques la cause phlogogène. Malheureusement cette vue pathogénique n'est pas suffisante. Assurément j'accepte comme une réalité les inflammations d'origine nerveuse ; leur nature névro-trophique n'est pas contestable quand il s'agit de lésions directes des troncs nerveux, ou d'affections matérielles de certains centres. Mais les inflammations, surtout les suppurations résultant exclusivement d'un réflexe nerveux, sont si rares qu'elles sont presque insaisissables. Les réflexes peuvent faire de l'anémie, de l'hyperémie, de l'hémorrhagie, de l'œdème, de l'hypercrinie, de la gangrène, de l'ulcération de la sclérose et de l'atrophie.

Quand les réflexes font de la suppuration sans nécrose préalable, et je pourrais même dire avec nécrose, c'est grâce au concours d'une autre cause. Cette autre cause, c'est l'infection.

IV

On était frappé depuis longtemps, de ce fait, que les délabrements traumatiques les plus considérables, quand ils ne s'accompagnent pas de lésion de la peau, ne suppurent pas, et même ne présentent qu'à un faible degré les signes d'un état réactionnel vasculaire ou cellulaire. Si la peau est déchirée, si le foyer est exposé à l'air, il en résulte presque fatalement la putridité, la suppuration. C'est sur cette constatation qu'a reposé cette chirurgie sous-cutanée, celle de J. Guérin, celle de Bonnet, qui savait pratiquer les sections tendineuses et musculaires sans crainte de suppuration. Mais était-ce l'air qui faisait tout le mal ? A. Guérin et Lister ont eu le mérite de reconnaître que l'air n'était que le véhicule et de fonder sur cette donnée un grande réforme thérapeutique.

Lister a démontré que ce n'est pas l'air mais les corpuscules suspendus dans l'air qui provoquent les complications des plaies exposées. L'air pulmonaire est débarrassé de toute particule solide ; il est optiquement pur ; soufflé dans une chambre obscure sur le trajet d'un rayon solaire, il ne s'éclaire pas tandis que les poussières de l'air extérieur forment une traînée lumineuse sur tout le reste du trajet de ce rayon. Or, quand l'air entre dans la plèvre avec le sang, il y a suppuration si cet air est entré par une plaie de la peau, il n'y a pas suppuration si cet air est entré par une déchirure du poumon ; dans ce dernier cas, la matière qui flotte dans l'air, comme dit Tyndall, n'a pas pu contaminer la plèvre. Une partie de cette matière, c'est ce qui provoque et accomplit les fermentations, c'est le monde des microbes.

La démonstration directe est venue de tous les côtés. A la surface de toutes les plaies exposées, il y a des microbes ; à la surface de toutes les plaies suppurantes, il y a des microbes ; mais il y en a sur certaines plaies qui ne suppurent pas ; on peut même trouver sur des plaies qui ne suppurent pas des microbes de même espèce que ceux des plaies suppurantes. Dans les foyers traumatiques non exposés, de même que dans les abcès dits spontanés, on trouve les mêmes microbes que sur les plaies. Dans les foyers secondaires, dits métastatiques, succédant à des suppurations, traumatiques ou non, exposées ou non, on trouve encore les mêmes microbes. Ces microbes se réduisent à un petit nombre d'espèces, parmi lesquelles on rencontre surtout les staphylocoques blanc et orangé, et le streptocoque, ce qu'on a appelé les pyogènes. Cette constatation a été tellement universelle, qu'on a cru pouvoir dire : pas de suppuration sans microbes ; et en précisant davantage : pas de suppuration sans pyogène. C'était une exagération. Il y a des abcès où l'on ne trouve de microbes ni par le microscope, ni par la culture, ni par l'inoculation. Tels sont certains abcès du foie, certaines pleurésies. On a supposé qu'ils avaient existé, mais qu'ils avaient pu être dévorés par les leucocytes ou dissous par le sérum.

Cependant on provoque la formation du pus par l'injection de substances chimiques aseptiques, le mercure, l'essence de térébenthine. On n'a pas introduit de microbes, et l'on n'en constate la présence à aucun moment du développement de ces abcès. La suppuration sans microbes est donc une réalité, mais, dans l'immense majorité des cas, elle est liée à la présence de microbes.

Les microbes ne sont pas les témoins ou les produits de la suppuration ; ils en sont les provocateurs, car, inoculés à l'état de cultures et débarrassés par des passages successifs dans des milieux inertes de toute matière morbifique que l'on pouvait soupçonner présente dans la goutte de pus ensemencée, ces microbes, ainsi purifiés, amènent encore la suppuration.

Quand la suppuration est produite par des microbes, ce n'est pas nécessairement par l'un des trois pyogènes que j'ai cités, ou par le pneumocoque, ou par le bacille capsulé de Friedlæn-

der, ou par tout autre de ces organismes vulgaires qui sont nos hôtes habituels et habituellement inoffensifs, mais qui peuvent, dans certaines conditions, provoquer les maladies inflammatoires banales. Le pus peut être produit par les microbes pathogènes, agents des maladies virulentes spécifiques. On fait du pus avec le bacille d'Eberth, on en fait avec la bactéridie charbonneuse.

Mais si l'on peut provoquer des lésions locales suppuratives à l'aide de bactéries qui, d'ordinaire, ne font ni pus, ni lésion locale, mais produisent l'infection générale, on peut aussi, avec les pyogènes, ne faire ni pus, ni lésion locale et réaliser d'emblée l'infection générale.

La fonction pyogène n'appartient donc pas exclusivement à certains microbes, et elle n'est pas pour eux une fonction essentielle Les microbes, en général, peuvent faire tantôt l'infection générale, tantôt l'inflammation locale. J'ai établi que la résistance plus grande de l'organisme favorise le développement de la lésion locale et que, à son tour, la lésion locale augmente la résistance à l'infection générale. L'inflammation, l'inflammation suppurative surtout, serait donc la marque d'un certain degré de résistance à l'infection générale par les pyogènes et même par d'autres microbes ; elle serait de plus une protection contre cette infection.

Mais qu'est-ce que la lésion locale ? C'est pour une part prépondérante la transsudation et la diapédèse, l'accumulation d'un plasma et de cellules migratrices en dehors des vaisseaux dans une région circonscrite. Or, le plasma inflammatoire, dit Buchner, est bactéricide ; les leucocytes, dit Metchnikoff, dévorent les bactéries ; les mêmes leucocytes, dit Ribbert, forment autour des bactéries une barrière infranchissable ; et j'ajoute : tandis qu'ils sont ainsi retenus dans une partie limitée de l'économie, les microbes sécrètent ces matières vaccinantes qui absorbées changent la nutrition de toutes les parties du corps, modifient l'état chimique de l'organisme et rendent bactéricides les humeurs et les tissus ; nous trouverons sans doute, dans l'une ou l'autre de ces quatre conditions et peut-être dans les quatre, l'explication du rôle protecteur que joue l'inflammation circonscrite contre le développement d'une infection générale.

Mais pourquoi et comment la présence des bactéries sur un point y provoque-t-elle l'exsudation et la diapédèse ? Ces effets résultant de leur présence sont dus aux propriétés physiologiques des matières qu'elles sécrètent. Or, les bactéries sécrètent des matières dont les unes provoquent, les autres empêchent l'exsudation et la diapédèse.

Comme le mercure, comme l'essence de térébenthine, certains produits bactériens provoquent au point injecté l'exsudation et la diapédèse. Arloing produit l'exsudation plastique par la culture stérilisée du microbe de la péripneumonie et spécialement par une diastase contenue dans cette culture. Grawitz et beaucoup d'autres ont provoqué la diapédèse des leucocytes et la formation du pus par l'injection de la culture stérilisée du staphylococcus aureus et cette action appartiendrait à deux corps, une diastase (Christmas) et une ptomaïne (Leber). Divers autres produits microbiens font également du pus, bien que parfaitement stérilisés, pus sans microbes et, comme conséquence, pus non pyogène (Christmas) et pus résorbable (Karlinsky).

Sur quoi agissent ces substances chimiques pour produire ce résultat ? Est-ce directement sur les vaisseaux de la région dans laquelle elles sont sécrétées par les microbes ? Est-ce sur les extrémités périphériques des nerfs dans cette même région ? Ou bien ces matières absorbées vont-elles agir sur les centres nerveux et en particulier sur les centres nerveux vasculaires ? Est-ce enfin sur les leucocytes que porte immédiatement leur action ? Je ne sache pas que la question ait été posée en ces termes ; mais j'estime que c'est là que réside tout le problème pathogénique de la suppuration.

L'action directe et exclusive de ces substances sur les vaisseaux n'a pas été étudiée.

On sait qu'il y a des sécrétions bactériennes qui, par leur diastase sans doute, hydratent ou dédoublent la substance des cellules, la dissolvent, la mortifient, mais qui, à un degré moindre de leur action, changent la nutrition de ces cellules, amènent des dégénérescences graisseuses, colloïdes, ou même provoquent des phénomènes réactionnels pouvant aller jusqu'à la karyokinèse. Cette irritation de toutes les cellules d'un tissu, les nerfs peuvent la subir. Or, on sait que l'irritation locale des extrémités nerveuses peut provoquer, par réflexe, une dilatation active des vaisseaux dans la partie où s'est produite l'irritation, dilatation propice à la diapédèse, nécessaire, mais non suffisante. Il est certain que c'est là un des procédés par lesquels les microbes préparent ou facilitent la diapédèse dans le foyer de l'infection locale ; il est certain aussi que cette action n'est pas la seule.

J'ai tendance à croire que certaines bactéries, parmi celles au moins qui provoquent l'inflammation locale, sécrètent des substances qui absorbées produisent dans le centre nerveux et particulièrement dans les centres vaso-dilateurs un état d'excitabilité qui rendra plus intense la dilatation vasculaire partout où elle sera sollicitée par voie réflexe, et en particulier dans la zone envahie par les microbes qui sécrètent cette substance. La physiologie connaît de telles matières ; j'en connais une au moins qui est d'origine bactérienne. Cette substance serait absolument antagoniste et s'est montrée expérimentalement antagoniste d'une autre substance, dont j'ai reconnu physiologiquement, sinon chimiquement, la présence dans les produits de sept microbes différents et qui a pour effet d'empêcher la diapédèse par son action paralysante sur le centre vaso-dilatateur et de supprimer même, quand on l'injecte dans les veines, tout phénomène inflammatoire local. C'est une substance qui sera peut-être précieuse au point de vue thérapeutique, mais dont je ne connais encore que les mauvais effets. Je sais mieux ce qui empêche que ce qui provoque la diapédèse.

Une autre hypothèse, qui date également d'hier, est basée sur l'irritabilité des leucocytes ; non pas seulement sur cette propriété qu'ils ont de s'appliquer sur tout solide qui arrive à leur contact, ce qui est le premier degré de l'acte phagocytaire. Mais les leucocytes ont un autre mode de la même irritabilité. Ils se déplacent dans les liquides qui contiennent en solution certaines substances, en allant des parties plus diluées vers les parties plus concentrées, auquel cas ces substan-

ces sont dites attractives, ou en allant des parties plus concentrées vers les parties plus diluées, auquel cas ces substances sont dites répulsives. Les choses se passeraient de la même façon s'il s'agissait d'animaux monocellulaires doués de la sensibilité gustative ou olfactive.

Cette irritabilité particulière que montrent les leucocytes en présence de substances dissoutes et en raison de la composition chimique de ces substances, c'est ce que l'on appelle *chimiotaxisme*. C'est une propriété que Pfeffer a signalée dans diverses cellules libres d'infusoires et de champignons et dans certaines bactéries. D'après les recherches de Bordet et Massart, confirmées par celles de Gabritchevsky et de Buchner, les substances les plus attractives pour les leucocytes sont les humeurs animales chargées de produits de désassimilation morbide, et à un plus haut degré encore les sécrétions de certaines bactéries. Buchner a reconnu que la plus grande attraction appartient à la protéine constitutive du corps des microbes.

De ces prémisses est née une théorie d'après laquelle les leucocytes en traversant les vaisseaux d'une partie infectée, sont avertis par leur sensibilité gustative de la présence do produits bactériens en dehors de ces vaisseaux. Ils s'arrêtent, s'appliquent sur la paroi vasculaire et la franchissent.

Je ne puis pas accepter cette manière de voir, car la sensibilité gustative ne saurait être attribuée au plasma sanguin qui fournit le liquide de transsudation, lequel sort des vaisseaux avant les leucocytes ou avec eux par un procédé qui doit être identique.

Il est une autre hypothèse qui sommeille quelque part dans un mémoire de Gamaleïa, attendant qu'on la démontre, et qui me séduirait beaucoup plus ; c'est celle de l'irritabilité des endothéliums vasculaires qui se contracteraient perdant leur forme plate et étalée pour prendre une forme sphérique que J. Renaut a constatée en saisissant sur le vif ces éléments par l'acide osmique. Dans cette forme nouvelle, ils laisseraient entre eux des interstices par où pourrait transsuder le plasma et s'engager les leucocytes.

Mais si je repousse le chimiotaxisme pour l'explication de la diapédèse, je l'accepte pour la progression des leucocytes, quand, une fois sortis des vaisseaux, ils marchent à la recherche des bactéries et arrivent à leur contact.

A ce moment s'effectue la phagocytose, que je crois être l'un des modes de destruction des microbes, l'un des procédés de protection contre l'infection générale, l'un des moyens de guérison de l'infection locale.

Mais comme le chloroforme et la paraldéhyde, certains produits bactériens semblent paralyser les leucocytes ; la diapédèse s'est opérée, la phagocytose ne s'effectue pas. La lésion locale, dans ce cas, ne réalise pas l'un de ses effets utiles.

Nous pouvons donc, ou à peu près, expliquer la production de la lésion locale inflammatoire. Ce n'est pas encore la suppuration. Ces leucocytes sortis des vaisseaux, qu'ils aient ou non englobé et digéré des bactéries, gardent leur caractère de cellules migratrices, et, suivant les voies lymphatiques, peuvent rentrer dans le courant sanguin. Les cellules du pus ne sont plus migratrices ; le pus est constitué par les cadavres des leucocytes. Si certaines sécrétions bactériennes tuent les cellules nerveuses, il en est qui tuent les leucocytes. Le staphylococcus aureus, à lui seul, fabrique deux de ces substances.

Comment se terminent les inflammations ? Le phagocytisme suffit souvent pour triompher des pyogènes peu virulents. Pour le streptocoque et le pneumocoque, à l'action des leucocytes, s'ajoute une autre condition favorable au malade. Parmi leurs sécrétions, à côté des matières toxiques ou nuisibles, certains microbes fabriquent des matières vaccinantes. Ce que je sais de ces matières, c'est que pendant leur séjour dans l'organisation, elles impressionnent les cellules animales, au point de changer la nutrition d'une façon durable. Le milieu vivant désormais n'est plus chimiquement ce qu'il était avant ; il devient par suite plus défavorable ou moins défavorable aux microbes.

Si le milieu est plus défavorable, c'est l'état bactéricide ; c'est la caractéristique des vaccinés aujourd'hui démontrée pour sept microbes, en particulier pour le streptocoque ; c'est la condition qui crée l'immunité acquise. Dans ce milieu bactéricide, le microbe s'atténue, sécrète en moindre quantité la substance qui s'oppose à la diapédèse. Désormais les vaisseaux cèdent à la sollicitation locale, laissent sortir plus abondamment les leucocytes qui triomphent définitivement des bactéries. C'est le cas pour les pyogènes qui provoquent les maladies cycliques, pour le streptocoque, pour le pneumocoque.

Si le milieu vivant devient moins défavorable au microbe, c'est la continuation, l'aggravation, la généralisation de l'infection, puis la mort, à moins que l'agent infectieux soit de médiocre virulence et qu'il ait été primitivement circonscrit dans un foyer restreint. Le staphylococcus aureus semble être un de ces microbes dont le phagocytisme triomphe souvent, quoique, loin de vacciner, il modifie la nutrition au point d'augmenter la réceptivité.

Quand la maladie est arrêtée, quand les bactéries sont mortes, quand leurs produits ont été résorbés et éliminés, il ne reste plus dans le tissu malade que les cellules nées de la prolifération des éléments conjonctifs, cellules qui pourront ou s'atrophier ou s'organiser en éléments définitifs. Il reste aussi des cellules venues du sang ; les unes encore vivantes gagneront les voies lymphatiques, les autres mortes, constituant le pus, seront évacuées mécaniquement. Mais il se peut faire aussi qu'elles soient englobées et dissoutes par d'autres phagocytes qui, cette fois, ne périront pas.

Telle est, ou plutôt telle semble se constituer la doctrine de l'inflammation. Vous voyez combien le point de vue s'est modifié dans ces dernières années, je puis même dire dans ces derniers mois. Vous voyez aussi qu'il n'est pas possible de toucher à un point du processus inflammatoire sans pénétrer profondément dans le domaine de l'infection.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Empoisonnement par l'aconitine cristallisée ; condamnation du médecin qui l'avait prescrite.

Au mois de décembre dernier, un médecin, M. M..., de M... (département de l'A...), pris de

douleurs névralgiques, allait chez un pharmacien, M. G..., du C..., et lui demandait deux cachets contenant chacun 50 centigrammes d'antipyrine et 1 milligramme d'aconitine. Tout naturellement, notre confrère délivra de l'aconitine cristallisée, puisque c'est la seule aconitine qui figure au Codex. Le Dr M..., en possession de ses cachets, continua sa tournée, et, comme ses douleurs s'étaient calmées, il ne les absorba pas. Appelé chez une personne d'une commune voisine, pour une jeune fille qui souffrait d'un mal de dents, il lui remit ses deux cachets pour lui éviter un déplacement, et il lui prescrivit d'en prendre un le jour même et l'autre le lendemain. Peu de temps après que la malade eut absorbé le premier cachet, elle fut prise de refroidissement, de paralysie et de vomissements, elle succomba quelques heures plus tard.

Une instruction fut immédiatement ouverte, et au début, notre confrère fut sur le point d'être impliqué dans les poursuites, mais il n'eut pas de peine à démontrer qu'on ne pouvait lui imputer la mort de la malade, à laquelle il n'avait rien délivré. Il avait, il est vrai, remis au Dr M..., pour lui-même, deux cachets contenant chacun 1 milligramme d'aconitine ; mais, en les lui remettant, bien que la dose lui eût paru dans le principe un peu élevée, il pouvait supposer que ce médecin connaissait l'énergie du médicament qu'il voulait prendre et que, de plus, il avait l'habitude de recourir à l'emploi de ce terrible alcaloïde.

M. G... ne fut donc pas poursuivi, et le Dr M... comparut seul devant le Tribunal correctionnel de St-Q..., le 16 avril dernier, comme coupable d'homicide par imprudence ; après une déposition dans laquelle M. le professeur Brouardel, cité comme témoin par la défense, exposa la toxicité considérable de l'aconitine cristallisée et la variabilité de son action, le Tribunal a condamné le Dr M... à 100 francs d'amende....

Les cas d'intoxication par l'aconitine cristallisée deviennent vraiment trop fréquents pour que l'Académie de médecine ne se préoccupe pas de cette question. M. Brouardel a pris, devant le Tribunal de St-Q..., l'engagement de l'en saisir ; nous ne pouvons qu'applaudir à cette détermination. Il faut qu'il s'établisse, au sein de l'Académie, une discussion ayant assez de retentissement pour appeler l'attention du corps médical. Il y a encore un trop grand nombre de médecins ignorant que *l'aconitine officinale* est l'aconitine cristallisée. L'aconitine amorphe est le plus souvent à peu près inactive, et elle a été bannie du Codex ; il est important que tout cela soit dit dans un débat dont les détails parviendront à tous les médecins, par l'intermédiaire des journaux médicaux.

Nous souhaitons, en outre, que l'Académie de médecine imite l'exemple de la Société de pharmacie de Paris, qui a émis le vœu que les granules d'aconitine cristallisée fussent dosés au *dixième de milligramme*, au lieu de l'être au milligramme ou au quart de milligramme.

Avec des granules au dixième de milligramme, un empoisonnement mortel ne serait plus à redouter, dans le cas où quelque médecin prescrirait l'aconitine sans être au courant de la toxicité de ce redoutable médicament.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat des médecins du Havre (*suite*).

Séance du 15 octobre 1890.

Au début de la séance le Président rappelle la perte que le Syndicat vient d'éprouver en la personne du Dr Lecadre.

Il donne connaissance au Syndicat des lettres qui lui ont été adressées depuis la dernière séance par plusieurs de nos Confrères :

M. Caron signalait à la Chambre Syndicale un dentiste nouvellement établi qui s'intitule « Docteur » sur des brochures qu'il répand dans la ville. Le Procureur, informé de ce fait, a fait supprimer ce titre indûment pris.

Un de nos Confrères de Marseille s'est adressé à nous pour demander des renseignements pour la fondation d'un Syndicat dans cette ville.

M. Leroy a adressé au Président les statuts d'une nouvelle Société de secours mutuels intitulée « La Mutuelle Commerciale » dont il est le Médecin.

A ce propos, M. Leprévost fait remarquer que c'est un principe affirmé par le Syndicat de faire tous ses efforts pour ouvrir à tous les Médecins les Sociétés de Secours Mutuels nouvellement fondées.

Il est décidé que le Président se rendra auprès des fondateurs de la Mutuelle Commerciale pour lui soumettre les objections du Syndicat à ce sujet.

Enfin, le Président a reçu un Bulletin de l'Association Syndicale de la Loire-Inférieure résumant les travaux des Médecins de ce département au point de vue professionnel. Le Syndicat, reconnaissant de l'attention de nos Confrères, décide de leur envoyer les Procès-Verbaux de nos séances.

Séance du 10 décembre 1890.

Insertion du tarif des honoraires dans les Annuaires du Havre. — Cette question a déjà été présentée plusieurs fois au Syndicat et il avait été décidé jusqu'ici de laisser figurer le tarif des honoraires médicaux dans les deux annuaires qui se publient au Havre. La Chambre Syndicale actuelle l'ayant de nouveau examinée a été cependant d'avis d'en proposer la suppression. Elle a pensé en effet que, sans méconnaître l'utilité de cette publication au début, il serait bon aujourd'hui de laisser le Syndicat seul juge dans les contestations au sujet des honoraires. Ce serait aussi enlever aux quelques médecins dissidents du Syndicat le droit de s'en prévaloir pour eux-mêmes.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Lecène, Perrichot, Le Mercier, qui sont d'avis de maintenir la publication du tarif et le Président qui soutient la proposition de la Chambre Syndicale, la suppression en est votée à la majorité des voix.

Il est cependant convenu que la prochaine Chambre Syndicale élaborera un projet de tarif plus complet qui sera soumis au Syndicat, et, après approbation, sera imprimé et distribué à chacun de ses membres.

Situation et droits des Médecins dans les faillites et liquidations judiciaires relativement aux honoraires qui leur sont dus. Pour répondre à cette question posée par M. Leprévost à la dernière séance, la Chambre Syndicale s'est adressée à notre excellent Conseil Me Ysnel, qui a bien voulu nous adresser sur ce sujet un Mémoire très détaillé dont voici les conclusions :

« Il faut entendre par frais privilégiés de la dernière maladie, en ce qui concerne les Médecins, les honoraires qui leur sont dus pour soins donnés pendant la maladie dont est mort le débiteur *lui-même*. Au cas où cette maladie serait du nombre « de celles qu'on « nomme *chroniques* ou *lentes*, les tribunaux apprécie- « raient si elle était arrivée, au moment de la faillite « ou liquidation judiciaire, à la période périlleuse et « régleraient la quantité des frais qui pourraient être « admis comme privilégiés. » (*Ruben de Couder. Dictionnaire de droit commercial, industriel et maritime. Art. Faillite n° 746.*)

« Les médecins ne peuvent donc exercer leur privilège dans les faillites ou liquidations judiciaires qu'après la mort de leur débiteur, soit qu'il vienne à décéder après la déclaration de faillite ou la mise en état de liquidation judiciaire, soit que la déclaration de faillite selon l'article 437 du Code de Commerce n'intervienne qu'après le décès. »

« En d'autres termes, les médecins n'ont aucun privilège, pour le recouvrement de leurs honoraires, du vivant d'un débiteur failli ou mis en état de liquidation judiciaire. »

Me Ysnel termine cette étude par cette remarque très importante : « L'article 474 du Code de Commerce décide que le failli peut obtenir pour lui et sa famille, sur l'actif de la faillite, des secours alimentaires. Il va sans dire qu'il pourra, à bien plus forte raison, obtenir un secours spécial pour solder les frais sanitaires que réclamerait sa situation ou celle de sa famille. Le Médecin pourra donc, le cas échéant, bien que dépourvu de privilège, recevoir le montant de ses honoraires, sans avoir à subir les cancans des autres créanciers. » (*Ruben de Couder, loc-cit.*, p. 120.)

Service médical de nuit. — Conformément au désir exprimé par plusieurs de nos Confrères à la dernière séance, MM. de Lignerolles et Frémont se sont rendus auprès de M. le Maire pour lui rappeler les promesses qui nous avaient été faites à ce sujet par l'administration précédente. M. le Maire, en présence des difficultés budgétaires de cette année, a remis sa décision à l'année prochaine en s'engageant à examiner notre demande. M. Leprévost fait observer que parmi les malades qui réclament le service médical de nuit, il n'y a pas que les pauvres, mais aussi des gens aisés qui sont obligés, par la Ville de lui rembourser les honoraires payés par elle au médecin ; le résultat de la diminution du tarif est donc de léser le médecin, qui est ainsi moins largement rétribué que s'il avait eu directement affaire au client. Cette observation est généralement approuvée et le Syndicat exprime le regret du refus de l'administration.

Le Président annonce au Syndicat que par un jugement du tribunal correctionnel du Havre, confirmé depuis en appel, le sieur Kahn, dit Nelson, a été condamné à deux mois de prison et 2.000 fr. d'amende pour escroqueries et exercice illégal de la médecine.

M. le docteur Pilet, Médecin-Major du 129e de ligne, adresse une lettre de remerciements pour le bon accueil qu'il a rencontré chez ses confrères du Havre pendant son séjour parmi nous.

Notre confrère M. Lebreton nous adresse sa démission, en prétextant qu'il renonce à faire partie d'une Société dont est membre un autre de nos confrères avec lequel il a eu un différend grave. Le Syndicat exprime le regret qu'un différend tout personnel ait décidé notre confrère à se séparer de nous et décide qu'une démarche sera faite auprès de lui pour le prier de revenir sur sa détermination.

Le Dr Boutan consulte le Syndicat au sujet du fait suivant : Un malade, membre de la Société des Employés de Commerce, étant venu réclamer ses soins pour une maladie vénérienne, il a consigné ses visites sur la feuille de maladie dont ce Sociétaire était porteur. Mais la Société, ayant appris de quel genre d'affection il était atteint, a refusé d'acquitter les honoraires de notre confrère.

Le Syndicat, tout en reconnaissant le droit strict de la Société, est d'avis de faire auprès de son Président une démarche en faveur du Dr Boutan, et il est convenu que, pour que pareil fait ne se reproduise plus à l'avenir, les Médecins du Syndicat refuseront de donner leurs soins, aux frais de la Société, aux malades atteints d'affections vénériennes.

Le bureau actuel, composé de MM. de Lignerolles, Président, Frémont, Powilewicz et Gérard Laurent Assesseurs et Frottier, Secrétaire-Trésorier, est maintenu dans ses fonctions pour l'année 1891.

La séance est levée à 10 h. 1/2.

Le Secrétaire,
Dr Frottier.

Syndicat des médecins de Marseille.

Conseil d'administration.

Séance du 24 février 1891.

M. le Président, Dr Jubiot fils, donne lecture d'une lettre et d'une carte de remercîments de MM. Thierry et Pélissier, conseils judiciaires du syndicat ; de deux lettres de M. le Dr Cézilly, directeur du *Concours médical*, priant de lui adresser le compte rendu de toutes les séances, afin de les publier dans son journal ; d'une lettre de M. le Dr Gilles, informant le syndicat que l'association des sociétés de secours mutuels, dont le siège est rue Thiars, 6, a confié l'administration de l'électricité à une dame non diplômée demeurant rue Juge-du-Palais.

Une discussion s'engage entre MM. Goy, Pluyette, Bernard, et Brémond, à l'effet de savoir si l'application de l'électricité peut être considérée comme exercice illégal de la médecine et si dans ce cas le syndicat a le droit d'intervenir ? On prie M. Gilles de fournir des documents précis sur la question ; le syndicat se réservant le droit d'agir en temps opportun après avoir pris l'avis du Conseil judiciaire.

M. le Président remet une note de frais en cours et il déclare en faire don au syndicat ; le conseil, au nom du syndicat, lui adresse des remercîments.

MM. Vincent et Honnorat, n'assistant pas à la séance, l'examen des vœux déposés par ces Messieurs à la dernière assemblée générale est renvoyé à la prochaine réunion du Conseil.

M. le Président, au nom de M. le Dr Amalbert, réclame la réorganisation du service médical de nuit, tel qu'il fonctionnait il y a quelques années ; le Conseil nomme une commission composée de MM. Goy, Sicard, Brémond, afin d'étudier la question et présenter un rapport.

Le Conseil décide, à l'unanimité, de se réunir une fois par mois et charge M. Pluyette d'adresser dans ce sens une demande au *Comité médical*, afin d'obtenir l'autorisation de se réunir dans son local.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le Secrétaire, A. Galibert. *Le Président,* Jubiot.

SOUSCRIPTION CHEVANDIER

3e liste (suite).

MM. les Drs Grellière, de Neauphle-le-Château (S.-et-O.) — Destord, de Siorac (Dordogne). — *Syndicat* du Cher. — Charrières, de Souvigny (Allier). — *Syndicat* suburbain de Bordeaux. — *Association* des médecins de la Drôme et de l'Ardèche. — *Syndicat* de la vallée de la Meuse. — *Syndicat* de Montaigu (Vendée). — Renson, de Monthermé.

Dans la liste publiée no 20, au lieu de MM. Guyader, de Biet (Ariège). — Doullant, de Niort (Deux-Sèvres), lire Guyader, de Brest (Finistère). — Roulland, de Niort (Deux-Sèvres).

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

MM. les Drs Maillard, de Mohon (Ardennes) ; Maquard, de Braux (Ardennes) ;

Prévost, de Renwez (Ardennes);
Provenaz, de Deville (Ardennes).
Tous membres du syndicat de la Meuse.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès d'un membre du Concours médical.
M. le Dr Chimiat, de Vigeois (Corrèze).

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'École de Médecine
4, rue Antoine-Dubois, 4

On lit dans le *Bulletin général de Thérapeutique* de M. le Dr Dujardin-Beaumetz :

« C'est un véritable chef-d'œuvre que le *Guide pratique des Sciences médicales* qui vient de paraître sous la direction du docteur Letulle, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. On trouve dans ce seul volume tout ce qui a trait à la médecine, à la chirurgie, à l'obstétrique. Rien n'est omis : maladies cutanées, électricité médicale, odontologie, analyse des urines, toxicologie, tout est traité, et c'est un véritable tour de force de la part des auteurs d'avoir réussi à condenser ainsi toutes les connaissances indispensables de l'art médical. On est surpris, en lisant cet ouvrage, de voir, résumés en quelques lignes, les symptômes, les complications, le diagnostic et le traitement de chaque maladie ; les détails les plus minutieux y ont trouvé place. La partie thérapeutique est des plus soignées, et outre les paragraphes spéciaux consacrés au traitement à la fin de la description de toutes les affections, il existe quatre formulaires : 1° un formulaire général extrêmement bien fait ; 2° un formulaire spécial pour les maladies de la peau, renfermant les principales formules des maîtres en dermatologie ; 3° un formulaire spécial pour les maladies des nouveau-nés et des enfants ; 4° un formulaire spécial d'odontologie. Ce qui caractérise essentiellement ce manuel, c'est que, conçu et exécuté par des jeunes, il est absolument pratique et tout à fait au courant des idées les plus modernes. Tout médecin voudra le posséder et sera, comme nous, charmé de trouver réunis dans le même volume tant de documents. » Prix : 9 fr. 60 *net franco* contre un mandat.

S'adresser à M. le Directeur de la *Société d'Editions scientifiques*, 4, rue Antoine-Dubois.

BIBLIOGRAPHIE

Pour les Médecins, causeries, par le Dr Grellety.

Sommaire : Aux Jeunes Médecins qui débutent. — L'Enterrement du docteur X. — La Pléthore médicale. — Les Dîners médicaux. — La Pudeur féminine. — La Calligraphie médicale. — Education physique de la femme. — Villes d'eaux et bains de mer. — Echange de bons procédés entre époux. — La Femme de quarante ans. — Le Cumul médical. — Le Chapeau haute forme. — Le Malthusianisme. — Vision posthume d'un médecin aquatique. — Le Corps humain, description fantaisiste. — La Virilité des Diabétiques. — L'Eau filtrée. — Les Confins de la Folie. — Le Patriotisme et l'Art de formuler. — L'Enseignement par les Spécialistes. — Soyons calmes. — Dangers de la publicité criminelle. — Appel à la solidarité. — Coup de balai nécessaire. — Erreurs populaires au sujet des Maladies de la peau. — Aphorismes sur la profession. — Anecdotes.

Amicus amicis !

Je n'alléguerai pas les nombreuses sollicitations de mes intimes et de mon entourage, pour justifier l'apparition de ce volume, composé d'articles publiés à tort et à travers, dans divers journaux, qui, malgré leur haute tenue scientifique, avaient bien voulu les accueillir. Ils étaient destinés à reposer de la lecture absorbante des mémoires originaux et des comptes-rendus académiques ; ils représentaient une sorte de halte dans ce bois touffu de science.

J'ai pensé simplement que quelques-uns des bons amis que je possède aux quatre points cardinaux, — amis de toutes les heures, des bons et des mauvais jours, dont je connais la bienveillance, — pourraient avoir quelque plaisir à parcourir ces feuilletons, au moins les jours de pluie et de désœuvrement. Nous ne sommes plus au temps des études de longue haleine et les lecteurs patients sont devenus plus rares encore que les bénédictins ; on ne lit plus qu'en courant et en fumant. — Ce livre, fruit de mes loisirs d'hiver, répond donc au goût du jour, au programme de l'époque.

J'ajouterai, au risque d'être accusé de présomption et d'idolâtrie paternelle, qu'après un certain travail d'échenillage, j'ai aussi réuni ces notes... pour me faire plaisir, — pour me procurer les impressions agréables qu'un grand-père éprouve à assembler ses enfants et ses petits-enfants à son foyer. — Cela le réchauffe comme un cordial et le rajeunit momentanément.

Ah ! certes, malgré son indulgence bien légitime, l'aïeul ne s'illusionne pas sur les lacunes et les défauts des siens. Il connaît le faible et le fort de chacun, les tares physiques ou morales des jeunes et des vieux ; mais il se plaît à oublier vices et travers, pour ne songer qu'aux espérances réalisées, qu'aux émotions heureuses, que lui rappellent ces têtes blondes ou brunes.

Comme les enfants qui ne sont pas habitués à recevoir des joujoux et les font durer, il économise ses joies, et quand le son en est éteint il écoute l'écho.

C'est Victor Hugo, je crois, qui a dit ceci : Quand on a des cheveux gris, il ne faut pas revoir les opinions pour qui l'on faisait la guerre, et les femmes à qui l'on faisait l'amour, à vingt ans. — Femmes et opinions paraissent bien sottes, bien ridées, bien chétives, bien édentées.

Eh bien, malgré cette opinion, je trouve qu'arrivé au haut de la colline, qu'on va descendre prestement, il y a un certain plaisir à se retourner, à embrasser d'un dernier regard le chemin parcouru, à emporter un modeste bouquet de fleurs, plus ou moins rustiques, cueillies le long de la route.

C'est ce que j'ai voulu faire, en réunissant en gerbes quelques-unes des sensations de ma vie, en sauvant de l'oubli ces causeries familières, dont la plupart n'ont malheureusement pas cessé d'être d'actualité. — Puissent-elles réveiller dans le cœur de mes vieux camarades, que je n'oublie pas, malgré l'éloignement, les plus doux souvenirs de notre cher passé, sur lequel tombe déjà une sorte de nuit et qui tend, hélas ! comme toutes choses, à s'effacer et à disparaître dans le lointain brumeux !

Dr Grellety.

Formulaire des Nouveaux remèdes, par le Dr Bardet, chef du laboratoire de thérapeutique à l'hôpital Cochin. *Cinquième édition*, année 1891. (1 vol. petit in-18 de 460 pages, O. Doin, éditeur à Paris.)

Application de la méthode antiseptique aux accouchements, par le Dr Just Lucas-Championnière, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. — Notes sur les services de MM. Tarnier, Budin, Bar, Maygrier, Champetier de Ribes, Pinard, Guéniot et Porak. — In-8° de 76 pages, 1891. 3 fr. — Alex. Coccoz, éditeur, 11, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY,

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André,
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Angine et pleurésie purulentes à streptocoques

M. *Hanot* vient de présenter à la Société des hôpitaux une observation d'angine à streptocoques avec infection profonde et graves complications.

Voici en résumé cette observation : Une jeune fille de 19 ans entre à l'hôpital le 7 mars dernier. Rien dans les antécédents ; elle était à Paris depuis cinq mois. Douze jours avant, elle avait été prise d'un mal de gorge avec fièvre, courbature, anorexie, puis d'un violent point de côté dans la nuit du 3 au 4 mars.

A son entrée à l'hôpital la malade est dans une prostration presque complète ; elle répond à peine aux questions. Sa langue est tremblotante, rouge à la pointe et sur les bords. La muqueuse pharyngée présente une teinte rouge uniforme ; les amygdales ne semblent pas augmentées de volume ; pas de fausses membranes, pas d'adénopathie cervicale ni sous-maxillaire. Pas d'épistaxis, ni de vomissements. Le foie déborde un peu les fausses côtes ; l'urine contient une légère quantité d'albumine. La dyspnée est vive et l'on trouve à droite, dans les deux tiers inférieurs de la poitrine, les signes d'un épanchement. Le pouls est à 90, la température aux environs de 38°. Rien au cœur. L'état général est très mauvais ; on porte le diagnostic de pleurésie infectieuse d'origine pharyngée. Une ponction exploratrice donne issue à un liquide louche, floconneux, dans lequel on trouve une grande quantité de streptocoques. Une ponction évacuatrice retire ensuite 300 grammes de ce liquide. L'état général ne s'est pas modifié. Le pouls est à 128, la température à 39° ; l'épanchement s'est reproduit. Une nouvelle ponction permet de retirer 500 gr. de liquide purulent. On pratique l'empyème qui donne 1 litre de pus. Lavage avec une solution de chlorure de zinc à 2 % et une solution boriquée à 4 0/0. Drainage, pansement antiseptique. La température, qui était de 39°4 le matin, monte à 40°2 le soir. L'état général ne s'est pas amélioré. Malgré un nouveau lavage, la température reste toujours à 40° et le pouls à 150. La faiblesse devient extrême ; la malade reste immobile dans son lit ; son teint est blafard ; elle présente au maximum le cachet de l'infection. Le pus s'écoule en assez grande quantité par la plaie thoracique. La mort survient.

A l'autopsie, on trouve dans les amygdales, dont le volume est presque normal, de petits abcès de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois. Le tissu cellulaire rétro-pharyngo-œsophagien est le siége d'une fusée purulente de 1 cm. 1/2 de large, assez mince, qui, à sa partie inférieure, se porte vers le sommet pulmonaire droit et décolle la plèvre pariétale. Ce foyer méta-pleural descend jusqu'au niveau du tiers inférieur, et là communique avec la cavité pleurale ; celle-ci est tapissée de fausses membranes grisâtres. Le poumon droit est congestionné dans sa partie supérieure et atélectasié dans son tiers inférieur ; le poumon gauche est congestionné dans toute sa hauteur.

Le pus des abcès amygdaliens contient des streptocoques très abondants. C'est le même microbe que l'on retrouve dans le pus du tissu rétro-pharyngo-œsophagien et dans le pus pleural.

Ce cas est donc bien net. Les abcès amygdaliens ont déterminé la formation d'une fusée purulente, puis d'un foyer péri-pleural, puis d'une pleurésie purulente. Le point de départ a été une angine à streptocoques.

Ces faits d'angine à streptocoques ne sont pas d'ailleurs absolument rares. M. Cornil, en effet, a déjà signalé la présence des streptocoques dans le pus des abcès amygdaliens. De plus, il existe une observation fort analogue à celle de M. Hanot et qui est due à Fraenkel.

Pleurésie séro-fibrineuse par bacilles d'Eberth.

L'étiologie des pleurésies séro-fibrineuses est pleine de lacunes et d'incertitudes. On n'invoque plus aujourd'hui le froid que comme cause adjuvante; la cause réelle est une infection tantôt provenant d'un organe voisin, tantôt se manifestant primitivement dans la cavité pleurale ; c'est ainsi qu'on a étudié des pleurésies tuberculeuses, rhumatismales, etc. La pleurésie séro-fibrineuse de nature tuberculeuse est très fréquente, plus fréquente même que toutes les autres réunies.

Les recherches récentes de M. Netter, confirmant les travaux de Landouzy, Chauffard et Gombault, Kelsch et Vaillard, ont démontré que 70 0/0 des pleurésies que la clinique rangeait dans les pleurésies simples sont des pleurésies tuberculeuses.

Mais quelle est la nature des autres ? Les travaux antérieurs et les recherches bactériologiques n'ont pas été assez nombreux pour éclairer cette question. M. Talamon, ayant examiné par le procédé des cultures le liquide de 17 pleurésies séro-fibrineuses, a trouvé que ce liquide renfermait deux fois le pneumocoque, et une fois le streptocoque ; sept autres fois c'étaient des organismes divers inoffensifs. M. Talamon concluait donc à l'existence d'une pleurésie séro-fibrineuse à streptocoque.

La clinique, de son côté, montre de grandes différences entre les pleurésies suivant l'intensité des phénomènes inflammatoires, suivant la réaction fébrile, suivant que le liquide épanché est plus ou moins fibrineux, plus ou moins séreux, suivant la durée de la maladie, etc. Mais l'interprétation de ces différents caractères au point de vue de la nature et du pronostic des pleurésies séro-fibrineuses reste incertaine, et il en sera ainsi tant qu'on n'aura pas constitué des espèces distinctes dans ce groupe complexe des pleurésies séro-fibrineuses.

M. *Fernet* s'est donc demandé s'il n'y avait pas lieu d'admettre une *pleurésie typhoïde*, directement causée par le bacille d'Eberth.

Aucun auteur n'a jusqu'ici signalé la possibilité d'une telle manifestation de la fièvre typhoïde. Les pleurésies qui surviennent dans le cours de la fièvre typhoïde sont ordinairement des complications de lésions pulmonaires, la broncho-pneumonie par exemple. Certains faits de MM. Rendu, Raymond, Charrin et Roger ont bien établi l'existence d'une espèce de pleurésie causée par le bacille d'Eberth, mais il s'agit de pleurésies purulentes ou hémorrhagiques. Or, y a-t-il des pleurésies séro-fibrineuses de même origine ?

Dans une communication antérieure sur le traitement de certaines pleurésies infectieuses par les injections intra-pleurales, M. Fernet s'était demandé si quelques-unes de ces pleurésies séro-fibrineuses n'étaient pas comparables à ces formes de fièvre typhoïde connues sous le nom de pneumo-typhus, et si le terme de *pleuro-typhus* ne leur serait pas applicable ; mais, dans les trois faits rapportés, l'examen bactériologique n'avait donné que des résultats négatifs. Dans deux autres cas du même genre, rencontrés depuis, l'examen microscopique ne fut pas fait. Mais, dans un nouveau cas plus récent, considéré, par ses allures cliniques comme de nature typhoïde, l'examen bactériologique du liquide, pratiqué par M. Girode, a révélé la présence du bacille d'Eberth.

Quand le malade entra à l'hôpital, la fièvre typhoïde paraissait être arrivée au 15e jour ; il n'y avait pas de taches rosées, mais on sait que souvent il n'y en a plus à ce moment. En outre les premiers symptômes de pleurésie remontaient à deux mois. On pourrait donc se demander si le bacille d'Eberth n'est pas venu, au cours d'une fièvre typhoïde, pulluler dans un foyer de pleurésie dont il n'aurait pas été la cause originelle. Mais, d'autre part, les autres faits de pleurésie typhoïde observés par M. Fernet, avaient présenté des alternatives d'aggravation et d'amélioration absolument analogues à celles du cas actuel, c'était la même marche lente et irrégulière. L'interprétation la plus plausible est donc d'admettre que la pleurésie a été ici une manifestation de la fièvre typhoïde, antécédente à l'atteinte de fièvre typhoïde vraie.

On ne peut d'un seul fait tirer des conclusions fermes ; mais, si des cas semblables se joignaient à celui-ci on pourrait peut-être admettre une espèce particulière de pleurésie séro-fibrineuse, la pleurésie typhoïdique.

M. *Rendu* fait remarquer que dans la fièvre typhoïde franche il est extrêment rare de voir se développer une pleurésie séro-fibrineuse ; celle-ci est probablement toujours consécutive à des manifestations pulmonaires.

M. *Fernet* pense que les pleurésies séro-fibrineuses ne sont pas aussi rares qu'on le croit au cours de la fièvre typhoïde. Mais l'épanchement est souvent peu abondant et on attribue tous les signes à la congestion pulmonaire, quand ces signes ne passent pas inaperçus.

Indications de la balnéation chlorurée sodique.

D'après M. *Albert Robin* (1), la balnéation chlorurée sodique reconnaît comme indication majeure tous les états morbides dans lesquels il y a hyperazoturie, c'est-à-dire diminution dans les échanges azotés. L'amoindrissement des oxydations azotées constitue la deuxième indication et la troisième relève de l'action d'épargne qu'elle exerce sur les tissus riches en phosphore, et sur ceux qui sont à la fois riches en azote et en phosphore. Ces trois indications générales s'appliquent à cette balnéation envisagée dans son ensemble. Or la clinique a démontré que les bains agissent différemment suivant le degré de leur richesse saline ; mais la chimie de la nutrition vient préciser l'action vraiment spécifique que possèdent les bains au quart, à moitié, au tiers, qui influencent si personnellement les échanges.

Aussi le bain au quart devrait-il être plutôt réservé aux malades chez lesquels il n'y a lieu d'augmenter ni les échanges azotés, ni les oxydations, à ceux qui ont une tendance à maigrir, à ceux qui fabriquent de l'acide urique en excès ; il n'a qu'une action très minime sur les affections osseuses torpides. Le bain demi-sel conviendra d'emblée aux malades chez lesquels il y aura lieu de relever vivement les échanges azotés, sans accroître activement les oxydations ; il sera contre-indiqué chez les anémiques, mais il sera utile quand il s'agira d'activer les échanges des tissus collagènes, conjonctifs et fibreux, c'est-à-dire dans

(1) Académie de médecine.

toutes les affections ganglionnaires torpides, les manifestations scrofuleuses, les périostites, les hyperplasies conjonctives et les arthrites chroniques. Le bain pur sel, avec son action dominante sur les oxydations organiques, conviendra aux malades à nutrition languissante, à oxydations retardées, aux affections osseuses, aux déchéances nerveuses, aux rachitiques, aux névroses, à certains anémiques, aux arthritiques uricémiques, aux malades intoxiqués par des produits d'oxydation imparfaite, à tous les individus dont il importe de reconstituer le système nerveux par voie d'épargne, soit en accélérant les mutations azotées, c'est-à-dire en accélérant le courant d'assimilation tout en restreignant les actes désassimilateurs.

Ces données générales étant acquises, il y a lieu d'étudier leurs applications à des cas cliniques déterminés. La balnéation chlorurée-sodique cliniquement et chimiquement sera la médication hydrominérale du lymphatisme, de la scrofule, de ses manifestations ostéo-articulaires, du rachitisme, des inflammations chroniques de l'appareil utérin, du rhumatisme chronique, de certaines anémies, etc. Mais la clinique nous apprend qu'elle pourra être avantageusement utilisée dans toutes les maladies où les échanges azotés et les oxydations azotées subissent un ralentissement, qu'elle est un agent d'épargne du système nerveux, qu'elle diminue la formation de l'acide urique, qu'elle est un moyen d'oxyder les résidus mal brûlés et toxiques ; la chimie précise, en outre, le mode d'action pour ainsi dire spécifique des bains de concentration diverse et régularise les indications de leur emploi. En un mot, la clinique avait créé les indications relatives à telle ou telle entité morbide ; la chimie crée des indications relatives à tels ou tels éléments morbides envisagés indépendamment de l'affection principale dont ils sont une des conséquences.

Par exemple, l'anémie constitue l'un des éléments morbides que revendique la balnéation chlorurée sodique. Tous les médecins savent que les anémies ne sont pas toutes justiciables de la médication martiale et que dans certains cas il faut s'adresser aux arsenicaux ; mais il n'existe pas un moyen clinique de déclarer avant tout traitement que le fer convient à tel anémique et l'arsenic à tel autre. Or, dit M. Robin, si l'on étudie la chimie des échanges chez les anémiques, on arrive à les diviser en deux classes : 1° ceux qui ont des échanges azotés diminués et une oxydation amoindrie ; chez les malades de cette classe le coefficient d'oxydation azotée s'abaisse à 75 % en moyenne, au lieu du chiffre normal de 80 à 82 % ; ceux dont les échanges et les oxydations azotées sont augmentées et dépassent la normale précédente. M. Robin s'est assuré expérimentalement que le fer augmentait les oxydations et que l'arsenic les diminuait, la conclusion s'impose que la médication ferrugineuse convient aux anémiques de la première classe et que ceux de la seconde catégorie doivent être soumis à une médication restrictive des oxydations, à la médication arsenicale, par exemple.

Il est facile d'appliquer ces données à la cure des anémies par la balnéation chlorurée sodique. Cette médication, envisagée dans son ensemble, accroît le coefficient d'oxydation de 4,2 % ; elle accroît la désassimilation azotée de 18,2 % ; on devra donc se garder de l'employer dans le traitement des anémies du second groupe.

La chimie des échanges nous indiquera encore le moment précis où l'on doit interrompre la cure. En effet, l'augmentation des échanges azotés et d'oxydation survit à la cure et s'accroît après la fin de la cure ; il ne faut donc pas attendre pour l'interrompre que les oxydations soient montées à un taux invariable. Il conviendrait de cesser le traitement quatre ou cinq jours après que le coefficient d'oxydation azotée dépasse de 3 à 4 % son taux initial.

Ces mêmes considérations sont applicables à un grand nombre d'autres états morbides, tels que l'obésité, la goutte, le diabète, etc..

Ainsi, il en est du diabète comme de l'anémie ; la balnéation chlorurée sodique conviendra plutôt à certains diabétiques, mais elle paraît contre-indiquée chez le plus grand nombre. En effet, si la balnéation peut relever l'activité vitale quand l'organisme doit faire les frais d'une lutte contre un élément morbide, si elle peut, dans ces circonstances, diminuer l'opportunité morbide, c'est à la condition que l'état d'infériorité de l'organisme provienne justement d'une nutrition insuffisante. Au contraire, si cette opportunité morbide relève d'actes désassimilateurs ou oxydants trop actifs, cette médication n'aurait d'autre résultat que de *diminuer* encore *la résistance de l'organisme* nerveux et de mieux préparer le terrain de la maladie.

Les faits qui précèdent suffisent pour montrer qu'à côté des indications laborieusement édifiées par la clinique, la chimie de la nutrition peut créer, pour ainsi dire *a priori*, une voie nouvelle et féconde qui ouvre à la médecine thermale des horizons inattendus.

Contrairement à M. Robin, M. *Hayem* affirme, d'après plus de 500 observations, que la balnéation chlorurée sodique est toujours et absolument contre-indiquée dans le cas de chloro-anémie : tout au plus peut-elle servir à consolider la guérison. Toutes les chlorotiques reviennent de la mer ou des eaux salines plus malades qu'avant leur départ.

Quant à comparer les médications martiale et arsenicale, c'est une erreur de croire que les chlorotiques puissent guérir sans fer ; celui-ci est le médicament spécifique de la chlorose, pourvu qu'on le donne sous une forme assimilable et qu'on étudie avec soin à ce point de vue le fonctionnement du tube digestif. Par contre, jamais l'arsenic n'a guéri la chlorose ; il ne peut être indiqué que dans des cas de troubles liés à des altérations hématopoiétiques, telles que l'anémie pernicieuse progressive.

Transparence des tumeurs.

D'après les recherches de M. *Gariel*, 1° La transparence n'est pas l'apanage des liquides. Elle peut exister aussi bien dans les tumeurs gélatineuses et même solides. Il est vrai que c'est plus rare.

2° La transparence peut être complète, quoiqu'en un point d'une masse liquide transparente il y ait un corps opaque : tel le testicule dans l'hydrocèle. Comment mettre alors en évidence l'existence de ce corps opaque qui échappe aux modes vulgaires d'investigation ? M. Gariel commence par démontrer que dans ce phénomène la réfraction n'a rien à voir. La paroi éclairée agit comm

source de lumière diffuse et l'ombre du corps opaque disparaît lorsque la source est très étendue par rapport aux dimensions du corps opaque. Cela étant, pour mettre le corps opaque en évidence, il n'y aura qu'à diminuer l'étendue de la paroi éclairée, c'est-à-dire à interposer entre elle et la source lumineuse soit un carton percé d'un trou, soit, mieux encore, une lentille convergente, ce qui aura l'avantage de rendre l'intensité lumineuse plus grande (*Académie de médecine.*)

Influence des attaques d'épilepsie sur la sécrétion lactée.

Après avoir rappelé que les accès d'épilepsie diminuent ou suppriment bon nombre de sécrétions, M. Féré note le fait suivant. Une jeune femme épileptique, soumise au traitement bromuré, vit ses accès disparaître, devint enceinte et donna naissance à un enfant qu'elle put allaiter six mois. Ayant à ce moment négligé son traitement, elle eut une nouvelle crise qui se termina par un écoulement abondant de lait. Mais ensuite les seins restèrent flasques et la sécrétion lactée ne reparut plus. (*Société de Biologie.*)

De l'abaissement de la tension artérielle dans la phthisie pulmonaire.

M. *Marfan*, à l'aide du sphygmomanomètre de M. Potain, a constaté que la tension artérielle est constamment abaissée dans la phthisie pulmonaire : au lieu de 17 à 18 centimètres de mercure, chiffre normal, la tension des phthisiques oscille entre 15 et 10 centimètres. Cet abaissement n'est pas dû à la fièvre ; on l'observe chez les phthisiques apyrétiques. Il n'est pas dû aux médicaments. D'ailleurs, chez un même malade on retrouve presque toujours la même tension, les variations d'un jour à l'autre sont insignifiantes. Les seules causes de variations appréciables sont : 1° une fièvre vive ; celle-ci accroît encore l'abaissement de la tension ; 2° la cachexie terminale de la phthisie ; dans les derniers jours la tension baisse progressivement et se maintient au chiffre de 10 centimètres. Parmi les médicaments, la digitale a paru seule capable d'élever légèrement la tension ; la caféine est restée sans effet.

L'abaissement de la tension artérielle dans la phthisie pulmonaire n'est pas seulement un phénomène constant ; c'est aussi un phénomène très précoce ; on l'observe dès le début du mal.

Pour l'expliquer, on peut faire deux hypothèses : on peut supposer que l'abaissement de la tension artérielle est l'effet de l'évolution tuberculeuse, un *symptôme* de la phthisie.

Mais peut-être cet abaissement est-il antérieur à la maladie, et est-il un des éléments qui constituent la *prédisposition*.

La constatation de ce phénomène doit être rapprochée de l'opinion ancienne qui faisait de la petitesse et de l'insuffisance du cœur une des conditions qui prédisposent à la phthisie.

MÉDECINE PRATIQUE

I

Nourrice saine et nourrisson suspect de syphilis héréditaire. — Rôle du médecin de la famille de l'enfant.

Un de nos lecteurs nous a écrit la lettre suivante, dans laquelle se trouve posé un problème très important de déontologie :

« J'ai soigné autrefois un homme syphilitique, qui, malgré mes avis contraires à un mariage prochain, est venu, après plusieurs mois d'absence, me présenter sa femme, nouvelle mariée, atteinte de chancre de la vulve.

Je ne lui ai ménagé ni remontrances ni conseils — aussi éclipse complète de mon client pendant 3 ou 4 ans. — J'apprends cependant par hasard qu'il a perdu un enfant quelques semaines après sa naissance.

Il y a deux mois ce client me revient avec une tumeur gommeuse du testicule : traitement couronné de succès, mais en même temps il me raconte que sa femme, enceinte pour la seconde fois, va accoucher.

Je lui donne un traitement interne pour sa femme et lui montre l'obligation pour elle de nourrir son enfant.

Cette semaine-ci je suis appelé dans la maison : la femme est accouchée depuis 3 jours et l'enfant *est en nourrice* chez une voisine.

Que faire ? l'enfant n'a pas encore de manifestations syphilitiques inoculables. J'ai averti la nourrice et les parents de me signaler le moindre bouton, la moindre écorchure qui se présenterait sur l'enfant. Je fais laver les bouts du sein avec de l'eau boriquée après chaque tétée, sous le prétexte que, l'enfant ayant une tendance au muguet, je veux en préserver le sein de la nourrice. Je ne puis directement avertir cette femme du danger qu'elle court, et cependant je voudrais dégager ma responsabilité.

J'ai employé envers les parents le seul argument qui puisse les toucher : je les ai menacés d'une forte indemnité à payer à la femme si elle était contaminée : ils refusent de reprendre l'enfant immédiatement, veulent attendre, espérant qu'il n'aura peut-être rien, etc., — craignant surtout de ne pas sauver l'enfant s'ils le mettent au biberon.

Me conseillez-vous d'attendre, en surveillant la moindre manifestation, ou bien d'user dès maintenant de toute mon autorité pour le retrait de cet enfant, et de quelle manière ?

Il est pénible de condamner presque inévitablement cet enfant à la mort. »

Nous avons répondu à notre confrère qu'il avait jusqu'ici parfaitement agi, mais qu'il était de son devoir d'insister de nouveau et immédiatement auprès des parents pour leur faire comprendre qu'ils s'exposaient à une revendication judiciaire de la part de la nourrice si elle venait à être contaminée et à une condamnation à une forte indemnité.

Si les parents, revenant à de meilleurs sentiments, se décidaient à reprendre l'enfant, la mère n'ayant plus son lait à lui donner, comme elle eût du le faire, il conviendrait de mettre l'enfant au pis d'une ânesse ou d'une chèvre ou de l'alimenter au biberon avec du lait stérilisé. Il faudrait ensuite guetter les premières manifestations de la syphilis chez l'enfant et le soumettre, dès leur apparition, au traitement spécifique par les frictions d'onguent napolitain, ou la liqueur de Van Swieten.

Mais, si les parents persistaient dans leur obstination coupable, notre confrère est étroitement lié par le secret professionnel, étant le médecin

des parents, et *il lui est impossible d'avertir la nourrice du danger qu'elle court.*

Notre confrère fera bien, s'il veut donner quelque garantie de prophylaxie à la nourrice, de lui faire laver le mamelon, avant et après la tétée, avec un antiseptique plus efficace que l'acide borique, c'est-à-dire avec la solution de Van Swieten.

S'il arrive que les accidents syphilitiques surviennent chez l'enfant, notre confrère traitera celui-ci et fera une nouvelle tentative auprès des parents, en leur montrant le danger grandissant pour la nourrice et par conséquent l'accroissement de leur responsabilité.

Le médecin redoublera de soins prophylactiques ; il guettera l'apparition de la contagion chez la nourrice, afin de la soigner quand le moment sera venu.

Si les parents cèdent enfin et retirent l'enfant, le médecin devra continuer à surveiller la nourrice, prêt à lui indiquer le traitement à suivre, mais *sans dire un mot de la nature de la maladie.*

C'est à coup sûr une situation morale bien pénible pour le médecin que d'être ainsi le témoin muet et le spectateur désarmé d'un crime social ; mais il n'y a pas à douter que son silence vis-à-vis de la victime soit obligatoire. Ce ne sera pas malheureusement le cas unique dans lequel la loi écrite et le code déontologique seront en contradiction avec la morale.

II.

Syphilis héréditaire à localisation hépatique et splénique d'emblée.

Nous venons d'observer dans le service de M. le Dr A. Chauffard à l'hôpital Broussais un enfant qui a présenté un cas fort remarquable de syphilis héréditaire. L'infection s'est manifestée d'emblée par des accidents viscéraux et une cachexie profonde, qui amenèrent une imminence de mort, mais un traitement énergique l'a rappelé à la vie et à la santé.

Cet enfant était né dans l'hôpital et pesait à sa naissance plus de 3 kilos, il ne présentait aucune manifestation de syphilis, mais après une courte période d'augmentation de poids, il se mit à diminuer de jour en jour, si bien qu'au bout d'un mois il était au-dessous de son poids initial. En même temps on constatait chez lui une augmentation rapide du volume du ventre par suite de la tuméfaction chaque jour grandissante et de l'induration du foie et de la rate. Simultanément le facies prenait l'aspect si caractéristique de la sénilité ; le petit visage était ridé et flétri comme une vieille pomme, la teinte des téguments d'un gris sale ; l'émaciation extrême des membres contrastait avec le gros ventre. Tous les os étaient douloureux et immobilisés par la douleur comme dans la pseudo-paralysie syphilitique, et on ne pouvait toucher aucun point du squelette, sans arracher des cris à cet infortuné. Les fontanelles étaient déprimées et les os du crâne chevauchaient. Aucune syphilide cutanée ou muqueuse ne se montra, il n'y eut pas de coryza.

Certes, le diagnostic était difficile avec ces deux seules altérations viscérales (hépatomégalie et splénomégalie). On eût pu penser à la leucocythémie et, dans un pays palustre, à l'impaludisme, puisque ces deux maladies sont avec la syphilis les trois seules causes de l'hypertrophie simultanée du foie et de la rate.

M. Chauffard n'hésita pas, malgré le caractère insolite de ce cas, à instituer le traitement antisyphilitique. Les mercuriaux administrés par la voie gastrique ne furent pas tolérés ; il fallut instituer les frictions d'onguent napolitain. Peu de jours après, un premier symptôme favorable se manifestait ; le poids cessait de diminuer, puis augmentait et a toujours depuis continué sa marche ascensionnelle. Puis les douleurs et les cris cessèrent, l'état général s'amenda, le foie et la rate diminuèrent de consistance et de volume. La nutrition s'améliora si bien que l'enfant, qui a huit mois maintenant, est à peu près comme un enfant normal. A part une dimension un peu exagérée de la fontanelle, une certaine déformation crânienne qui rappelle le crâne natiforme de Parrot, un ventre un peu saillant au niveau des hypochondres et des tibias dont la crête est un peu émoussée et la diaphyse un peu incurvée, on ne constate aucun autre stigmate de cette grave syphilis.

L'hépatite et la splénite diffuses ont rétrocédé pleinement ; mais sait-on combien cet enfant a absorbé de mercure ? Plus de 300 grammes d'onguent napolitain ont été employés pour ses frictions. Simultanément on lui a fait prendre de l'iodure de potassium dès que l'état des voies digestives l'a permis. Faut-il penser que plus tard le foie et la rate ne seront pas de nouveau le siège de récidives sous forme de gommes, de sclérose ? Il serait téméraire de l'affirmer, et c'est un sujet dont l'enfance devra être bien attentivement surveillée à ce point de vue.

III.

Etiologie et traitement du rachitisme.

Dans l'observation précédente nous avons à signaler encore ce fait que, malgré la généralisation des douleurs osseuses et les quelques traces d'ostéopathie sur le crâne et le tibia, ce jeune syphilitique ne présente aucune trace de rachitisme ; il n'a ni nouures épiphysaires des poignets ou des malléoles, ni chapelet chondro-costal, ni rachitisme fronto-facial. Une fois de plus nous relevons cette absence d'altérations rachitiques sur le squelette d'un syphilitique héréditaire, et nous insisterons sur le mal fondé de la théorie de Parrot.

Lorsque Parrot, ayant repris les expériences de Tripier, et n'ayant pas mieux réussi que lui à rendre rachitiques de jeunes chiens en les nourrissant exclusivement de viande, conçut sa *théorie du rachitisme par infection syphilitique* et chercha à l'étayer sur des preuves anatomo-pathologiques, il rencontra plus d'adversaires que de partisans (1). En 1883, à l'occasion de la présentation que fit M. Lannelongue avec lui devant la Société de chirurgie de l'autopsie d'un enfant né de mère syphilitique chez lequel on trouvait simultanément des lésions viscérales syphilitiques caractéristiques dans les poumons, le foie, la rate et toutes les lésions osseuses du rachitisme, MM. Cazin, Lucas-Championnière, Horteloup, Després combattirent l'interprétation de Parrot.

De ces différents adversaires, M. Cazin, qui, par sa situation de chirurgien de l'hospice de Berck, était en position d'étudier complètement les lé-

(1) *Archives de médecine*, 1887.

sions osseuses, a continué à réfuter les idées de Parrot dans un mémoire publié avec Iscovesco (1). Il a dit que les lésions osseuses syphilitiques congénitales se divisent en trois variétés : tantôt, les os sont plus denses, avec un périoste lisse et des ostéophytes sans structure caractéristique ; tantôt on trouve l'atrophie gélatiniforme, avec décollements épiphysaires multiples donnant lieu à la pseudo-paralysie de Parrot ; tantôt enfin on peut constater la formation du tissu spongoïde, avec décalcification, médullisation, vascularisation excessive. Or les deux premières variétés n'ont rien de commun avec le rachitisme, la troisième se voit dans le rachitisme et dans la syphilis, mais dans d'autres cas aussi. Il y a lieu d'admettre un *pseudo-rachitis syphilitique* (thèse de J. Meneaut, Paris 1889), mais le rachitisme est distinct de la syphilis. Telle a été la réfutation de la théorie de Parrot au point de vue anatomique.

Au point de vue clinique les faits apportés à la Société Clinique de Paris par Galliard (*France médicale*, 17 janvier 1886) et par Giraudeau (9 février 1886), sont catégoriques. Galliard a observé un mari et une femme qui, ayant engendré deux enfants, dont le premier, mal nourri, était devenu rachitique et le second bien soigné ne l'avait pas été, contractèrent ultérieurement la syphilis. Giraudeau a vu un mari et une femme, présentant l'un et l'autre des stigmates évidents de rachitisme, contracter la syphilis ; ils avaient engendré des enfants scrofuleux, mais non rachitiques.

Cependant M. Gibert (du Havre) est encore tenant pour la théorie syphilitique, du moins dans un grand nombre de cas. Dans les conclusions d'un mémoire publié en 1888 (2), tout en déclarant que l'alimentation au sein est la seule qui donne à l'enfant une quantité considérable de phosphates, il dit que les bouillies faites, soit au pain (mie ou croûte), soit avec des farines diverses (froment, orge, avoine, pois, lentilles) contiennent une quantité suffisante de phosphates pour la solidité du squelette. Il ajoute que, quand l'alimentation du nouveau-né ne contient pas un chiffre suffisant de phosphates, elle produit l'ostéomalacie et non le rachitisme ; à ses yeux l'étiologie banale du rachitisme par l'alimentation est erronée ; il tient pour vrai que dans un grand nombre de cas le rachitisme est une évolution de la syphilis héréditaire. Il soulève l'hypothèse de *races de rachitiques* engendrant des rachitiques. Toutefois il avoue qu'un nombre important de cas de rachitisme échappent à la démonstration qu'ils sont d'origine syphilitique.

M. A. Fournier a réduit l'influence pathogénique de la syphilis aux limites suivantes. Le rachitisme, dit-il, se rencontre chez les sujets hérédo-syphilitiques avec une fréquence qui ne permet pas de contester entre la syphilis et lui un rapport de cause à effet ; mais, au lieu d'accepter que le rachitisme soit une émanation directe de la syphilis, le professeur de syphiligraphie croit plus admissible que le rachitisme est une conséquence banale de l'influence dyscrasique exercée par la syphilis sur l'ensemble de l'organisme et en particulier sur le système osseux (3).

Personnellement nous nous rallions à l'opinion

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1874. *Progrès médical*, 1881. *Congrès de Londres*, 1881.
(2) Quels rapports peuvent exister entre le rachitisme et la syphilis ? Havre 1888.
(3) Leçons sur la syphilis héréditaire et tardive.

qui incrimine surtout les troubles digestifs et la dyscrasie acide. En faveur du rôle que peuvent jouer l'acide lactique et l'insuffisance calcaire, on peut invoquer des recherches expérimentales de Baginsky ; celui-ci, en adjoignant l'acide lactique à l'alimentation de jeunes chiens et en excluant les sels de chaux, a vu se produire chez eux des altérations de structure des os analogues à celles du rachitisme. L'influence alimentaire a été interprétée d'une autre façon par Seligsohn ; d'après lui, les sels calcaires étant absorbés à l'état de dissolution dans les peptones neutres, c'est une formation insuffisante de peptones ou une peptonisation vicieuse qui est la cause de l'absorption insuffisante des sels calcaires.

M. Comby, considérant que la dilatation de l'estomac est un état morbide qui crée une nutrition défectueuse et une auto-intoxication permanente, et ayant d'ailleurs constaté des signes de dilatation chez bon nombre de rachitiques, établit entre l'ectasie gastrique et les altérations osseuses un rapport qui n'est pas à dédaigner (1). J'ai, pour ma part, étudié dans ma thèse la valeur de certaines lésions osseuses (épaississement noueux des articulations phalango-phalanginiennes des doigts, nodosités de Bouchard) au point de vue du diagnostic de la dilatation de l'estomac ; je ne répugnerais donc pas à admettre l'influence nocive des substances irritantes puisées dans le tube digestif sur la nutrition du tissu osseux. Mais je dois dire que la constatation même de la dilatation de l'estomac chez les enfants rachitiques n'est pas facile à faire, suivant le procédé adopté par M. Bouchard.

Ce procédé suppose de la part du malade une bonne volonté de se laisser percuter l'abdomen qui n'est pas l'apanage des enfants de dix-huit mois. J'ai souvent constaté la distension gazeuse de l'estomac ou du côlon, mais rarement le clapotage gastrique à jeun, qui seul est pathognomonique. En élargissant donc la formule de Comby, j'admets que les altérations osseuses peuvent être engendrées par *l'auto-intoxication d'origine gastro-intestinale* avec ou sans dilatation permanente de l'estomac.

C'est également l'*intoxication* qu'a invoquée Kassowitz, qui dans ces dernières années a édifié une nouvelle théorie pathogénique du rachitisme et aussi une thérapeutique. Pour Kassowitz, le processus anatomique des déformations osseuses est essentiellement une inflammation. Le médecin viennois constate dans les tissus d'ossification (périchondre, cartilage, périoste) : au début l'accumulation des globules sanguins, la néoformation exagérée des vaisseaux ; puis la prolifération irritative des éléments du cartilage et du tissu sous-périostique ; enfin la production autour des vaisseaux néoformés d'un tissu indifférent impropre à l'ossification. It voit là toutes les phases d'une inflammation chronique, qu'il compare à l'hépatite interstitielle, et il admet que c'est l'exagération des phénomènes fluxionnaires qui empêche la calcification des tissus. Kassowitz dit avoir produit expérimentalement les lésions du rachitisme en certains points du squelette, où il augmentait par une irritation artificielle l'activité circulatoire, l'hyperhémie. Cette

(1) Etiologie et propylaxie du rachitisme (*Archives de médecine* 1885). — Rachitisme et syphilis (*Progrès médical* 1886. — Ostéomalacie, Rachitisme et dilatation de l'estomac (*Soc. méd. des Hôp.* 11 mars 1887).

hyperhémie locale peut être produite par des poisons et des virus, dit Kassowitz, par le virus syphilitique comme le phosphore, et nous allons voir tout à l'heure que c'est l'irritation fluxionnaire exercée par le phosphore sur les os qu'il prend comme base de sa thérapeutique. Si le rachitisme frappe les extrémités des os en voie d'accroissement, c'est qu'elles sont déjà le siège d'une hyperhémie physiologique. Kassowitz admet encore d'autres causes irritantes : l'influence d'un air vicié, d'affections aiguës des voies respiratoires ou d'exanthèmes à complication broncho-pulmonaire (coqueluche, rougeole), opinion partagée par R. Lee (*Lancet*, 1888). Tous ces facteurs agiraient en amenant une altération chimique du sang et secondairement l'hyperhémie excessive des tissus d'ossification.

Traitement. — Kassowitz, dans ses recherches sur l'anatomie pathologique du rachitisme, répétant des expériences de P. Wegner, avait remarqué que l'administration du *phosphore* aux animaux exerçait à doses minimes une modification particulière de la circulation dans le tissu ostéogène au niveau des cartilages de conjugaison ; ce tissu devenait beaucoup moins vasculaire, formait une couche plus compacte. Au contraire, à doses plus élevées, Kassowitz voyait augmenter la vascularité et le processus nutritif s'accélérer au point d'amener la fonte du cartilage et de l'os. A doses plus fortes encore, on arrive à provoquer le décollement des épiphyses. D'autre part, comme ses recherches anatomiques et pathogéniques l'avaient conduit à considérer le processus du rachitisme comme lié à une hyperhémie chronique des extrémités des os, Kassowitz conçut l'espérance de combattre efficacement le rachitisme en utilisant la propriété ischémiante des petites doses de phosphore ; telle paraît du moins avoir été la filiation de ses idées. En 1884 (*Berlin. klin. Woch.*), il annonçait avoir traité 560 rachitiques par une dose quotidienne de un demi-milligramme de phosphore en solution ou émulsion huileuse. Au bout de quelques semaines il avait obtenu chez la plupart de ses malades le durcissement des os ramollis du crâne, le rétrécissement des fontanelles, l'amélioration des fonctions des membres. A la cinquante-sixième Réunion des médecins allemands, Ehrenhaus, Biedert, Bissel émirent des doutes au sujet de l'efficacité réelle de ce traitement et des craintes relativement aux inconvénients qu'il pourrait avoir.

Cependant l'expérimentation fut poursuivie en Allemagne sur une grande échelle. En avril et mai 1885, à la Société des médecins de Vienne, Genser, Eisenschitz se déclaraient partisans du traitement de Kassowitz ; Hryntschack et Monti se posaient en adversaires. Kassowitz, à ce moment, disait avoir réuni 1224 observations personnelles et, en y joignant celles de ses imitateurs (Hagenbach, Bohn, Heubner, Biedert, Wagner, Schmidt, etc.), 1600 cas, dont la majorité étaient des succès. Il concluait que le phosphore était aussi utile dans le rachitisme que le mercure dans la syphilis. La formule de Kassowitz est la suivante :

Phosphore.......... 0,01 centigramme
Faire dissoudre dans
Huile d'amande douce...... 10 grammes
Ajoutez :
Poudre de gomme arabique.. 5 grammes
Sirop simple............... 5 —
Eau distillée.............. 80 —

On donne par jour 1 à 4 cuillerées à café de cette mixture, soit 1/2 à 2 milligrammes de phosphore, suivant l'âge des enfants.

Hagenbach attribuait surtout au phosphore une vertu spécifique contre les convulsions et le spasme laryngé qui surviennent chez les rachitiques. Schwechen, Baginski, Klein nièrent cette spécificité. Parmi les partisans, Boas ne dissimula pas qu'une fois il avait observé une périostite suppurée du maxillaire inférieur à la suite de l'emploi du phosphore ; il est vrai que les parents avaient pris sur eux de doubler la dose.

En France, M. Comby a fait connaître (9 mars 1888), à la Société médicale des hôpitaux, les résultats qu'il a obtenus par le traitement de Kassowitz.

Sur 40 cas traités par le phosphore il avait constaté 21 améliorations, 18 états stationnaires, 1 aggravation. Sur 40 autres rachitiques traités par les bains salés, le phosphate de chaux et l'huile de foie de morue, il comptait 2 guérisons, 34 améliorations, 4 états stationnaires.

On ne saurait donc, en présence des résultats contradictoires cités par les divers expérimentateurs, décider définitivement si l'administration du phosphore dissous dans l'huile est une bonne médication. On peut l'essayer, à ce qu'il me semble, sans scrupule, dans les cas graves, intenses, si le tube digestif le permet. C'est ce que j'ai fait pour ma part, plusieurs fois, toujours sans inconvénient, mais sans bénéfice manifeste.

Mais c'est à l'*hygiène alimentaire et générale* qu'il faut surtout demander les indications prophylactiques et thérapeutiques qui peuvent être ainsi formulées.

Déconseiller le mariage aux femmes trop jeunes, surtout si le mari est lui-même trop jeune ou fatigué, et principalement si l'un ou l'autre a eu du rachitisme dans son enfance.

Surveiller avec attention la santé de la femme enceinte surtout au point de vue de l'alimentation et de l'hygiène respiratoire.

Conseiller avec insistance l'allaitement exclusif jusqu'à huit mois, et empêcher la mère ou la nourrice de gaver l'enfant à tort et à travers.

Surveiller avec un soin méticuleux l'état des fonctions digestives chez les enfants, suivant les règles générales de l'hygiène infantile ; s'opposer à la fois à un sevrage prématuré et à un sevrage tardif.

La diététique du rachitisme doit s'inspirer des considérations suivantes. Chez le rachitique le tissu osseux contient moins de chaux et trop d'acides.

Or le lait est riche en chaux, il en contient 0 gr.80 par litre. Lorsque 600 à 800 grammes de lait sont consommés par jour en 6 fois, il y a 0 gr.55 de chaux ingérée, et 0 gr. 34 de chaux fixée dans le squelette. Le calcul est facile : le poids du squelette est de 167 grammes par kilogramme de poids du corps, et la chaux représente 115 grammes pour 1000 du squelette. — Vous pourrez augmenter l'apport de chaux, il n'y aura pas plus de chaux fixée. Mais, si vous diminuez l'apport, vous diminuez la chaux fixée. Or, on diminue l'apport de chaux, soit en diminuant la quantité du lait, soit en donnant un lait trop vieux ou trop gras,

ou un lait pauvre en chaux, soit en substituant au lait la farine, la pomme de terre, le bouillon.

En obligeant les aliments calcaires à se digérer dans l'intestin, on amène la précipitation de la chaux et son évacuation par les selles ; or les farineux sont digérés par le suc pancréatique.

En outre la fixation de la chaux dans le tissu osseux peut être entravée par les acides puisés dans le tube digestif. Or chez les enfants rachitiques le gros ventre est d'ordinaire l'indice d'une dilatation soit de l'estomac, comme l'a pensé Comby, soit plus habituellement de l'intestin ; chez eux il y a de l'acide lactique en excès permanent dans le tube digestif : trop de lait entraîne la présence de trop de sucre, le lait sucré et la farine aboutissent à la production d'acide lactique.

Le *régime pour prévenir le rachitisme* doit se proposer d'abord d'empêcher les troubles dyspeptiques. Pour cela il faut régler la lactation de façon que le lait soit donné à des heures régulières, assez espacées, mais pas trop ; que la quantité à chaque fois soit suffisante, mais non excessive ; que le lait ne soit pas aigri, ni trop gras. Au besoin il faudra l'alcaliniser légèrement soit avec la soude, soit avec la chaux. On devra surveiller la nourrice, et analyser son lait ; s'il est trop pauvre et insuffisant, on ajouterait au besoin du lait de vache *dilué, écrémé ; on a proposé le lait* de chienne dont la composition se rapproche beaucoup de celle du lait humain.

Le moment du sevrage venu, on donnera le plus tard possible et le moins possible les aliments qui sont digérés par l'intestin. Mais on commencera par les œufs, les bouillons, les farines de céréales germées.

Tout en réprimant les manifestations diarrhéiques et lientériques, on ne doit pas prolonger l'emploi des préparations de chaux, s'il y a eu lieu d'y recourir.

Le rachitisme une fois confirmé, ne pas oublier que le danger principal réside dans les déformations résultant de causes extérieures. L'enfant ne doit pas non plus rester continuellement couché dans la même position, mais doit être manié avec les plus grandes précautions et protégé autant que possible contre toute pression prolongée sur un point quelconque de son corps. On gagnera ainsi, sans trop d'encombre et avec un minimum de déformations, l'époque de la consolidation des os.

Quand l'enfant rachitique est plus âgé, l'alimentation qui lui convient comprend le lait, les œufs, le poisson bouilli, les farines d'orge, d'avoine, la purée de haricots (Després), tous aliments riches en phosphates. Plus tard, on peut essayer l'usage modéré de l'huile de foie de morue, des graisses animales, mais il faut s'assurer qu'elles sont bien digérées.

Les préparations d'iodure de fer et iodo-tanniques, la noix vomique et la gentiane avec de petites doses de sels de chaux compléteront la thérapeutique, et nous préférons le chlorhydro-phosphate en solution au lacto-phosphate de chaux. Mon maître M. Jules Simon considère même qu'il suffit de saupoudrer les aliments de phosphate de chaux en poudre qui deviendra soluble dans le suc gastrique. Les tâtonnements sont nécessaires au point de vue du régime alimentaire comme de l'administration des médicaments suivant l'âge et les susceptibilités du sujet : la seule règle générale vraiment indispensable qu'on puisse donner est d'avoir toujours comme objectif principal de maintenir le bon état des voies digestives.

On ne négligera pas les bains salés, les frictions alcooliques, l'exposition à la brise marine et à la radiation solaire.

On pourra beaucoup améliorer plusieurs déformations rachitiques par une gymnastique méthodique, combinée à l'usage des bains d'air comprimé et des autres pratiques d'aérothérapie, de l'hydrothérapie, de l'électricité sous forme de courants continus. Quelques autres déformations sont justiciables de la chirurgie et de l'orthopédie.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Honoraires médico-légaux.

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai en ce moment quelques difficultés avec la Chancellerie au sujet du règlement de mes honoraires pour une affaire médico-légale. J'ai dû, pour cette affaire, rester *deux jours et demi* hors de mon domicile, dépenser 46 fr. de transport (voiture et chemin de fer) aux frais généraux, examiner une femme, faire l'autopsie d'un enfant, le rapport, etc. J'ai fourni un mémoire qui avec la note des désinfectants chargée à dessein sur l'autorisation officieuse du parquet s'élevait à 100 fr. Le Procureur général, le Procureur de la République, le Président du tribunal ont autorisé le paiement ; mais la chancellerie réclame le retour de 52 fr. c'est-à-dire qu'on m'offrait 48 fr. J'ai fait observer que cela me rembourserait à peine de mes frais et débours et on m'a accordé généreusement 12 fr. de plus, soit 60 fr. me réclamant le retour de 40 fr. J'ai répondu que je refusais formellement de rendre quoi que ce soit, estimant que, les magistrats qui avaient pu apprécier les difficultés de ce transport, m'avaient taxé à 100 fr.. Je me demande pourquoi un employé quelconque de la chancellerie peut sans autre forme de procès se livrer au petit marchandage que je viens de vous raconter. Que dois-je faire ? Il y aurait là, ce me semble, belle matière à procès, moins dans mon intérêt personnel (car je suis bien décidé à ne pas entreprendre seul la lutte du pot de terre et du pot de fer) que dans l'intérêt du corps médical tout entier.

Croyez-vous qu'une société médicale ou un syndicat veuille se charger de poursuivre l'affaire, s'il y a quelque utilité pour tous ? Je suis à votre disposition pour vous communiquer toutes les pièces et les copies des lettres des procureurs généraux, de la république, de la chancellerie, etc.

Veuillez agréer, etc.

Réponse : Non, cher confrère, ne poursuivez pas ; vous perdriez le procès. On nous a promis la revision des tarifs ; elle viendra, espérons-le. Votre cas n'est pas plus typique que tant d'autres qui ont obligé le gouvernement à se préoccuper de la question. Si la loi tardait trop à venir, elle justifierait une nouvelle grève de Rodez, malgré l'article introduit par la Chambre dans la loi *Chevandier*.

M. Emile Zola et la loi Roussel.

A propos d'un article de M. Emile Zola publié dans le Figaro.

Dans son numéro du 18 avril, le *Figaro* publiait un long article de M. Emile Zola, dédié *aux mères heureuses*, dans lequel l'illustre romancier faisait connaître une œuvre « réparatrice des cruautés du sort », la *Société maternelle parisienne*, qui possède, à Rueil, une sorte de nourricerie où sont élevés, « dans des conditions d'hygiène excellentes », moyennant une rétribution peu élevée, des petits enfants de un jour à six ans.

Le thème développé par M. Zola est celui-ci : Toute une catégorie de femmes, les employées de commerce, les institutrices, les ouvrières qui travaillent dans les ateliers ou qui font des journées bourgeoises, ne peuvent nourrir et élever elles-mêmes leurs enfants ; contraintes par la nécessité, elles doivent confier leurs rejetons à des mains mercenaires.

Mais alors, elles sont dans cette dure alternative : « ou bien d'envoyer les pauvres petits au loin, dans le Nivernais, la Brie ou le Cotentin, où elles paieront 25 ou 30 francs, *pour apprendre la mort de leurs enfants au bout de quelques mois, six fois sur dix au dire des statistiques.....* » ou bien « de les garder aux environs de Paris ».

Je cite textuellement : « Il existe à Saint-Denis et ailleurs, tout autour des fortifications, des gardeuses qui font métier de prendre des nourrissons chez elles ; et elles les élèvent au biberon, moyennant une quarantaine de francs par mois.

Mais les pauvres petits y meurent plus effroyablement encore que dans les provinces. Ce sont d'abominables bouges que la peste habite ; toutes les maladies de la première enfance y soufflent en tempête. Sans compter *que les immondes ivrognesses* qui font d'ordinaire ce métier, *spéculent de la plus impudente des façons*, tirent des parents tout ce qu'elles peuvent, en dehors de la pension convenue, ce qui est un désastre pour la bourse des ménages peu aisés, » etc., etc.

M. Emile Zola explique ensuite que la jeune femme de Paris, qui ne peut nourrir, a la facilité, grâce à la Société en question, au lieu de livrer son enfant près de Paris à des *gardeuses louches*, de l'avoir à sa portée, dans un grand châlet situé au pied du Mont Valérien, au milieu d'un beau parc, etc., etc. *où la mortalité est nulle* !

Puis, il fait un appel aux mères heureuses, « dont pas une ne doit rester en dehors de la Société maternelle parisienne », parce que la Société maternelle parisienne a besoin d'argent pour bâtir un pavillon, une hôtellerie, etc. (elle a déjà 20 nourrissons !)

Un article signé Emile Zola étant généralement un régal, je parcourus avidement la prose étincelante du grand écrivain. Mais, si je fus charmé par la forme, je ne fus guère satisfait du fond ?

L'article tout entier était écrit avec un parti-pris évident de décrier l'élevage mercenaire par la nourrice campagnarde, au bénéfice de la nourricerie de Rueil ; et, chose plus grave, d'un bout à l'autre, ce n'était qu'un tissu d'erreurs et de faussetés.

M. Emile Zola avait traité d'imagination un sujet dont il ne connaissait pas le premier mot, cela était évident.

Je crus en conscience que laisser écrire dans le journal aussi lu que le *Figaro*, par un homme de talent et de la réputation de M. E. Zola, de semblables monstruosités, sur les nourrices mercenaires, et par ricochet contre les médecins-inspecteurs de la Protection du premier âge, sans protestation, serait de ma part une action blâmable.

J'écrivis au *Figaro* une lettre de protestation dont voici la substance :

Argenteuil, le 18 avril 1891.

Monsieur le rédacteur en chef du *Figaro*,

Je lis dans le *Figaro* de ce jour un article dédié aux mères heureuses et signé Emile Zola, qui renferme de si énormes erreurs qu'il ne m'est pas possible, à moi directeur de la Société des médecins inspecteurs de la protection du 1er âge, de les laisser publier dans un journal aussi répandu que le *Figaro*, sans une énergique protestation.

M. Emile Zola, pour amener des adhérents à une œuvre particulière, la *Société maternelle parisienne*, fait table rase d'une institution bien autrement importante, non particulière, comme la maison de Rueil, mais nationale : la surveillance des enfants en nourrice par les médecins-inspecteurs et les divers collaborateurs du service de protection du premier âge, établi par la loi Roussel.

M. Zola a écrit un bel article à sensation, mais, tel qu'il est, cet article dédié aux mères heureuses est de nature à rendre très malheureuses près de 25.000 autres mères, et cela parce que M. Zola avance une foule de faits erronés qu'il donne comme prouvés et déduits des statistiques...

« L'envoi au loin du nouveau-né, dit-il, c'est « la mort du pauvre être six fois sur dix. »

Or, dans l'Orne, par exemple, département où l'industrie nourricière est très prospère, et qui reçoit par an environ 6.000 petits nourrissons parisiens, la mortalité ne dépasse pas aujourd'hui 8 à 10 pour 100, — (chiffres officiels).

En Seine-et-Marne, la mortalité est de 11 pour 100.

Plus loin, M. Zola dit ceci :

« Il est vrai que la jeune mère peut envoyer « son enfant moins loin, et le garder près d'elle, « aux environs de Paris. Il existe, à Saint-Denis « et ailleurs, etc., etc. »

Où donc M. Zola a-t-il vu tout cela ?

Tout ce qu'il dit là est faux, absolument faux !

Si M. Zola, qui d'ordinaire cherche avant d'écrire le document humain, avait été à la Préfecture de police, et avait demandé à jeter un coup d'œil sur les rapports annuels du service de la Protection, il aurait vu qu'en 1888, par exemple, dans la circonscription de Saint-Denis, Aubervilliers, La Courneuve, Dugny (6e circonscription, 1re section), sur 322 nourrissons protégés, 201 avaient été élevés *au sein*, 82 *au biberon*, et 39 en sevrage, et que, sur ce nombre, il n'y avait eu que 24 décès : 7 d'enfants au sein et 17 d'enfants au biberon. Il y a loin de ces chiffres aux hécatombes (six sur dix) annoncées par M. Zola !

Il aurait vu aussi que ces nourrissons ont reçu dans l'année, de mon distingué collègue M. le docteur Radou, médecin inspecteur, 1,428 visites ; et qu'une dame visiteuse, madame veuve Maréchal de Courteville, a fait de son côté 1,662 visites aux mêmes enfants.

Il eût pu aussi apprendre, s'il avait fréquenté

quelque peu les séances des sociétés protectrices de l'enfance, et en particulier de la jeune Société d'Hygiène de l'enfance dont j'ai le grand honneur d'êtresecrétaire général, que, dans la région parisienne (petite et grande banlieue), les nourrices mercenaires élèvent les enfants *au sein et au biberon* tout aussi bien que dans n'importe quelle province.

Qu'à Argenteuil, où j'exerce moi-même depuis plus de dix ans les fonctions de médecin inspecteur, la mortalité n'a que très exceptionnellement dépassé 10 pour 100, et qu'elle est tombée en 1888 à 3 pour 100, restant toujours dans la proportion de 7 à 8 pour 100.

Il importe donc de faire savoir aux mères de famille de Paris, forcées de se séparer de leurs enfants, qu'il n'y a pas qu'à Rueil qu'on sait élever suivant les lois de l'hygiène les petits nourrissons. On les protége, on les surveille partout où il y a un médecin-inspecteur de la protection.

Ces modestes fonctionnaires ne recherchent ni la réclame, ni les félicitations. Mais j'ai cru de mon devoir, à moi qui suis leur mandataire, et qui dirige la *Revue du service d'inspection*, de protester quand on semble compter pour rien leurs difficiles fonctions, leur dévouement, et les beaux résultats obtenus grâce à eux.

Agréez, Monsieur, etc.

Je priais M. F. Magnard de vouloir bien, sinon insérer ma lettre en entier, du moins en donner un résumé. Mais je n'ai pas obtenu la satisfaction que je demandais, non pas certes par amour-propre, mais pour rectifier des erreurs capables de porter le trouble dans les familles.

Les lecteurs de la *Revue* apprécieront.

Dr E. Toussaint.

Certificats pour les Compagnies d'assurances sur la vie.

M. le docteur Gauderon (de Besançon) qui, en 1886, eut à soutenir un procès, devant le tribunal de Besançon, contre les héritiers d'un de ses clients et contre la Compagnie *le Phénix*, pour refus d'un certificat attestant le genre de mort auquel avait succombé ledit client, et qui obtint gain de cause, a lu, à la dernière assemblée générale de la Société des médecins du Doubs, un intéressant rapport sur cette question.

Notre distingué confrère résume, dans les quatre propositions suivantes, les devoirs des médecins des Compagnies d'assurances sur la vie, et ceux des médecins traitants des personnes assurées dans leurs rapports avec les Compagnies d'assurances :

1° Le médecin de la Compagnie d'assurances est tenu, par l'article 378 du Code pénal, à garder le secret des déclarations à lui confiées par la personne à assurer ; et, comme corollaire de cette obligation, il ne doit jamais laisser entre les mains de l'agent régional de la Compagnie le certificat médical rédigé d'après les déclarations et l'examen du proposant, mais il doit adresser lui-même à l'agence centrale de la Compagnie ce certificat, soigneusement cacheté ;

2° Le médecin traitant ne doit pas accepter d'une Compagnie d'assurances la mission de médecin examinateur d'un de ses clients qui désire s'assurer à cette Compagnie ; et cela, malgré l'assentiment et même l'insistance de son client ;

3° Après décès d'un de ses clients assurés sur la vie, le médecin traitant doit refuser à la Compagnie d'assurances tout certificat relatif à la durée et au genre de maladie à laquelle ce client assuré a succombé ;

4° Après décès d'un de ses clients, le médecin traitant ne doit même jamais fournir à une Compagnie d'assurances un certificat relatant le genre de mort auquel un client assuré a succombé subitement ou dans le cours d'une maladie.

BULLETIN DES SYNDICATS

Lettre aux Présidents des Syndicats.

Montaigu, 18 mai 1891.

Monsieur le Président et très honoré confrère.

La loi sur l'exercice de la pharmacie, votée en première lecture, par la Chambre des Députés, le 21 mars dernier, soulève des objections sérieuses de la part des médecins qui l'ont étudiée.

Je vous serais reconaissant de vouloir bien l'examiner, *lors de la plus prochaine réunion du syndicat* que vous présidez, et d'engager tous nos confrères à faire, près de MM. les Députés de leur circonscription, les démarches nécessaires pour assurer le succès à nos légitimes revendications.

Veuillez agréer, Monsieur le Président et très honoré confrère, l'expression de mes sentiments dévoués.

Le Président de l'Union des syndicats médicaux de France.

G. Mignen.

Syndicat médical de Montaigu (Vendée).

Le 2 mai 1891 s'est tenue à Montaigu la réunion du Syndicat médical de Montaigu.

Le Président, M. le Dr Cailleteau, rappelle le vote récent de la loi sur l'exercice de la médecine, par la Chambre des députés, et remercie, au nom du Syndicat, M. le Dr Chevandier, et M. le Dr Bourgeois, député de la Vendée, du dévouement qu'ils ont mis à défendre nos intérêts professionnels. Il propose d'adresser à M. le Dr Bourgeois une invitation à assister, comme président d'honneur, au banquet qui précédera la réunion du Syndicat, au mois d'août prochain. Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

Le président donne connaissance d'une lettre du président de l'Union des Syndicats qui sollicite la cotisation du Syndicat et la cotisation de chacun des membres qui le composent pour contribuer à l'achat du souvenir qui doit être offert à M. le Dr Chevandier et aux frais du banquet à l'occasion duquel ce souvenir lui sera remis : chaque Syndicat est invité, en outre, à se faire représenter.

Il est décidé, en conséquence, qu'une somme de trente francs sera adressée au nom du syndicat et qu'il y sera joint une somme de quarante francs produite par la cotisation des membres du Syndicat, dont quelques-uns ont déjà adressé directement leur cotisation à M. le Dr Cézilly. En outre, M. le Dr Mignen est désigné comme délégué du Syndicat de Montaigu.

La question de l'Assistance publique doit être étudiée de nouveau, le projet du Gouvernement à ce sujet ne répondant pas, paraît-il, sur bien des points, aux désidérata antérieurement formulés. Aussi il est convenu que, dès que ce projet aura

été déposé, les membres du Syndicat seront convoqués en réunion extraordinaire, s'il y a lieu, et que, préalablement, le texte imprimé du projet du Gouvernement leur aura été distribué.

La discussion s'engage alors sur le projet de loi réglant l'exercice de la pharmacie, adopté en première lecture, par la Chambre des députés, le 21 mars dernier. Les membres du syndicat de Montaigu sont d'avis que ce projet devra subir d'importantes modifications, notamment dans les articles 10, 11, 12 et 13.

L'article 1er reconnaît aux femmes le droit d'exercer la pharmacie. Nous sommes heureux de remercier notre confrère, M. le député Bourgeois, d'avoir obtenu satisfaction sur ce point.

L'article 2 qui supprime le titre de pharmacien de 2e classe, ne peut manquer d'être accepté par la Chambre qui a pris une décision analogue à propos des officiers de santé.

L'article 10 est ainsi conçu :

« Toute entente entre un pharmacien et un médecin dans le but d'exploiter une officine ou de vendre un médicament quelconque, est formellement prohibée ; toute convention par laquelle un médecin retirerait quelque gain ou un profit sur la vente des médicaments effectuée par la pharmacie est nulle. »

La défense faite au médecin de s'entendre avec un pharmacien pour vendre un médicament quelconque, n'est pas en tout point équitable. Ainsi, à cette heure où les recherches chimiques enrichissent la thérapeutique de médicaments précieux, il semble naturel et juste que l'inventeur ait le droit de tirer profit de sa découverte. L'industriel peut faire breveter un produit quelconque et s'assurer ainsi une juste rémunération de ses travaux. Pourquoi donc le médecin français, qui aurait doté la thérapeutique d'un médicament important, ne pourrait-il pas l'exploiter ?

Le Syndicat de Montaigu estime donc que la législation des remèdes secrets (décret du 3 mai 1850, inséré au *Bulletin des lois* le 21 juin 1852), est aujourd'hui surannée, et que son abrogation est désirable.

Article 11.

« Les médecins, établis dans des communes où il n'y a pas de pharmaciens peuvent fournir sur place des médicaments aux malades près desquels ils sont appelés et dont le chef-lieu de la commune est éloigné de 4 kilomètres de toute pharmacie, mais sans avoir d'officine ouverte. Dans ce cas, ils sont soumis à toutes les obligations résultant, pour les pharmaciens des lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente.

« Pour satisfaire aux cas d'urgence, les médecins, même alors qu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la localité qu'ils habitent, sont autorisés à avoir chez eux certains remèdes, dont la liste sera donnée par un règlement d'administration publique, qu'ils pourront distribuer à leurs malades dans les circonstances prévues par le même règlement ».

Le premier paragraphe de cet article ne soulève pas d'objection, à condition qu'il n'ait pas d'effet rétroactif.

Un certain nombre de médecins, établis depuis de longues années dans de petits bourgs, y font de la pharmacie. Ils ont dû, le plus souvent, se faire construire une maison d'habitation, n'en trouvant pas d'appropriée à leurs besoins, et, parmi eux, il en est beaucoup qui sont installés à moins de 4 kilomètres d'une pharmacie. Leur interdire désormais la vente des médicaments, ce serait les empêcher de gagner de quoi vivre. Ces médecins ont, du reste, des droits acquis, et leur situation est d'autant plus respectable qu'elle a été créée conformément à la loi encore en vigueur.

Il est donc juste que, leur vie durant, ils puissent exercer la pharmacie dans les conditions actuelles. Mais il appartient au législateur de voir si les dispositions de la loi nouvelle n'auraient pas pour effet d'éloigner les médecins de tous les petits centres, les moyens d'existence n'y étant plus suffisants pour eux, et de rendre ainsi les visites médicales par trop onéreuses aux malades de la campagne.

Quant au second paragraphe de l'article 11, il crée une situation nouvelle qui ne peut être qu'avantageuse aux malades, en même temps qu'elle donne satisfaction au médecin.

Article 12.

« Toute substance constituant un médicament simple ou composé, sous quelque forme que ce soit, peut, sauf l'exception prévue par l'article suivant, être librement délivrée par le pharmacien avec son étiquette, et sur la demande expresse de l'acheteur, et ce, sans qu'il puisse être dérogé aux lois sur l'exercice illégal de la médecine.

« Le médicament, ainsi vendu, devra porter sur l'étiquette le nom de la substance ou des substances actives qui en forment la base, etc. etc. »

La rédaction de ces deux premiers paragraphes est absolument inacceptable. Ils établissent en effet, en faveur des pharmaciens, un privilège tellement exorbitant qu'il lui constitue en quelque sorte, le droit d'exercer illégalement la médecine. Ce privilège entraînerait, du reste, dans la pratique, les plus dangereux abus. Avec la liberté actuelle de la presse, qui ne vit guère que de ses annonces, le public est instruit des propriétés curatives des divers médicaments anciens ou nouveaux, et ne peut déjà que trop facilement se les procurer, alors même qu'ils sont toxiques. Que serait-ce donc si les dispositions de l'article 12 étaient maintenues dans la loi ?

Si l'on reconnaît au pharmacien le droit de délivrer au client les médicaments qu'il demande, alors même qu'ils peuvent lui être nuisibles, pourquoi refuser au médecin le droit de fournir lui-même à ses malades les mêmes médicaments simples ou composés, quand il les juge utiles pour eux ?

Sans doute, l'article 13 excepte des dispositions de l'article 12, « les substances simples toxiques et les médicaments composés doués de propriétés vénéneuses qui sont nominativement désignés dans le décret du 8 juillet 1850 ou qui le seront, soit dans le règlement d'administration publique prévu à l'article 26 de la présente loi, soit dans les décrets ultérieurs.

« Ces substances ne pourront être délivrées par des pharmaciens que sur la prescription qui en sera faite par les médecins ou ceux qui ont le droit de signer une ordonnance... »

Pour que cette réglementation fût suffisante, il faudrait, à notre époque, que chaque jour il y eût

un décret nouveau et cela est absolument impraticable.

Si l'on veut faire une loi sage également respectueuse des droits du médecin et des intérêts du malade, il faut modifier radicalement cet article 12, et maintenir l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI, qui dispose que les pharmaciens ne pourront « livrer ou débiter des préparations médicales ou des drogues quelconques, que d'après la prescription faite par des docteurs en médecine ou en chirurgie ou par des officiers de santé, et sur leur signature. »

Article 15.

Dernier paragraphe :

« Il sera dressé dans le codex une liste de médicaments dont chaque délivrance ne pourra être faite que sur une ordonnance nouvelle ».

Ce paragraphe doit être supprimé. Un pharmacien ne doit jamais renouveler une ordonnance sans y être expressément autorisé par le médecin qui l'a formulée. Telle médication qui répond aujourd'hui à une indication formelle, et dont l'on ressentira les bons effets, peut être dangereuse quelques jours plus tard, soit par elle-même, soit par son association avec certains aliments ou avec d'autres médicaments. Le médecin seul peut permettre la continuation du traitement qu'il a institué.

Enfin, les membres du Syndicat médical de Montaigu expriment le vœu qu'il soit interdit de joindre aux diverses spécialités pharmaceutiques ces prospectus qui sont, la plupart du temps, de véritables monographies.

Non seulement ces monographies faussent le jugement des clients, mais aussi il arrive trop souvent qu'elles les effraient et les portent à se croire atteints de maladies graves contre lesquelles est déclaré efficace le remède qu'elles servent à envelopper.

Le Secrétaire,
A. Coudrin.

REPORTAGE MÉDICAL

— Le gouvernement a déposé vendredi dernier, sur le bureau du Sénat, le projet de loi, adopté par la Chambre des députés, sur l'exercice de la médecine.

— Mercredi dernier a été inaugurée solennellement, sous la présidence de M. Carnot, la nouvelle Faculté de médecine de Toulouse.

— Mme *Pauline Malcy*, veuve en premières noces du Dr *Boulard*, a légué : 1° 40,000 francs à l'Association des médecins de la Seine, pour secourir les veuves et filles de médecins morts pauvres. 2° 20.000 francs à l'Académie de médecine pour un prix sur l'aliénation mentale.

— Le conseil municipal de Marseille a voté l'installation au château du Faro, d'une faculté libre de médecine.

— A Paris le conseil a voté 20,000 francs à la Société pour la propagation de l'allaitement maternel et lui a donné un local où la société établira un refuge pour les femmes enceintes, 203, avenue du Maine.

SOUSCRIPTION CHEVANDIER

3e *liste (suite).*

MM. les Drs Pouillot, de Brienon (Yonne). — Morice, de Néris (Allier). — Syndicat de Rambouillet. — Syndicat d'Aisne-et-Vesle. — Roland, de Dijon (Côte-d'Or). — Ribard, de Meudon (S.-et-O.). — Ribard, de Paris. — Barbanneau, de Pouzauges (Vendée). — Barbat, de Charlieu (Loire). — Souscription personnelle des membres du Syndicat de Montaigu.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

MM. les docteurs Pitistian, d'Haybes (Ardennes).
Rousseau, de Thilay (Ardennes).
Rigaux, de Charleville (Ardennes).
Trévelot, de Charleville (Ardennes).
Tous membres du syndicat de la Meuse.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de deux membres du Concours médical.

MM. les docteurs Volonzac, de Marcillac (Aveyron), et Denouette, du Havre.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'École de Médecine
4, rue Antoine-Dubois, 4

Traité du rhumatisme et de l'Arthrite rhumatoïde, par le Dr Archibald E. Garrot, médecin de l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres, traduit par le Dr Brachet.

Table des matières : Historique. — Le rhumatisme et ses dépendances. — Pathologie générale du rhumatisme. — Etiologie du rhumatisme. — Rhumatisme articulaire aigu et subaigu. — Rhumatisme dans l'enfance. — Arthrite. — Péricardite et endocardite. — Pneumonie et pleurésie. — Affections rhumatismales du système nerveux. — Les manifestations cutanées du rhumatisme. — Angine. — Nodules rhumatismaux sous-cutanés et nodosités sous-périostées. — Myalgie. — Accidents rares de l'attaque de rhumatisme. — Rhumatisme scarlatin. — Sur quelques autres affections articulaires auxquelles le nom de rhumatisme a été donné mal à propos. — Rhumatisme articulaire chronique. — Traitement du rhumatisme. — Polyarthride rhumatoïde. — Etiologie — Caractères cliniques de la polyarthrite rhumatoïde. — Nodosités d'Heberden. — Arthrite rhumatoïde secondaire. — Arthrite rhumathoïde localisée. — Anatomie. — Pathologie. — Pathologie générale de l'arthrite rhumatoïde. — Traitement de l'arthrite rhumatoïde. — Volume in-8° de 408 pages avec excellentes figures de déformations rhumatismales et nombreuses courbes ou tableaux de l'action médicamenteuse. Prix 12 francs, net 9 fr. 60 *franco* pour MM. les membres du Concours médical. Le sommaire que nous venons de publier en son entier ainsi que le nom si autorisé du Dr Archibald E. Garrod nous dispensent de faire l'éloge de ce traité magistral. Une phrase en résume les conclusions : « Il est difficile de croire que la même matière morbifique puisse produire deux affections aussi dissemblables que le rhumatisme et la goutte. »

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André. Maison spéciale pour journaux et revues.

Treizième année N° 23 6 Juin 1891

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Angines infectieuses.

Les communications sur les angines infectieuses ont continué à la Société des Hôpitaux par une observation de M. *Féréol*. Il s'est agi d'un cas d'angine analogue, par son caractère infectieux, à celui que M. Hanot a présenté dans la précédente séance, et dont nous avons parlé.

Un homme de 68 ans fut pris d'une amygdalite intense avec phénomènes généraux assez inquiétants dès le début. Trois jours après cependant, l'état de la gorge s'était bien amélioré, l'amygdale avait repris son volume normal, les ganglions sous-maxillaires n'étaient plus tuméfiés, ni douloureux à la pression. La température était à 37°; mais le pouls battait encore 80 fois par minute ; la faiblesse était très grande ; en même temps le malade était pris d'un hoquet continu très fatigant. Peu ou pas de toux, crachats visqueux et noirâtres. Pas de douleur à la pression sur le trajet du phrénique.

Bientôt, à la base du poumon droit, matité sur une hauteur de trois travers de doigt avec disparition du murmure vésiculaire et apparition à ce niveau d'un souffle doux. Dans la partie supérieure du poumon droit et dans le poumon gauche, quelques râles sous-crépitants fins disséminés. Douleur en ceinture assez vive. Donc pleurésie droite et broncho-pneumonie double.

Les jours suivants aggravation de l'état général ; T. = 38°, P. = 100, ictère hémaphéique, matité remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate ; pas d'albumine dans les urines. Mort neuf jours après le début de l'amygdalite.

Bien que l'autopsie et l'examen bactériologique aient fait défaut, on peut néanmoins conclure qu'il s'agissait bien d'une infection générale et que la porte d'entrée de l'agent infectieux a été l'amygdale.

M. *Rendu* communique, lui aussi, un fait d'angine infectieuse présentant beaucoup d'analogie avec le cas de M. Hanot.

Une femme de 47 ans, très bien portante antérieurement, est prise le 4 avril dernier d'une légère angine. Le lendemain, avec une fièvre modérée (39° et 100 pulsations), la malade est dans un état de prostration extrême. La gorge est légèrement rouge, les piliers et les amygdales à peine tuméfiés ; la déglutition est cependant très douloureuse : la dysphagie devient presque complète. Le 6 avril, après une nuit agitée, l'état de la gorge semble meilleur, mais la douleur et la dysphagie n'ont pas diminué, la voix s'est voilée et les parties latérales du cou sont œdématiées. Ces signes sont dus à un phlegmon du tissu cellulaire périlaryngien et péri-œsophagien. La dysphagie diminue un peu après l'application de glace et de sangsues. Le lendemain une douleur très vive se montre à la base du cou, et le phrénique est douloureuse sur tout son trajet. Le 8 avril une quinte de toux spasmodique amène l'issue d'une cuillerée de pus phlegmoneux.

Un court répit s'en suit ; mais dans l'après-midi apparaissent des douleurs paroxystiques au niveau du diaphragme et de l'épigastre. La fièvre se rallume, la température est à 39°5, l'état général est mauvais. Une observation attentive montre que le phrénique et le pneumo-gastrique sont atteints : en effet, on note à la fois des désordres pulmonaires, cardiaques et gastriques ; ces désordres s'accentuent encore le lendemain.

Du côté de la respiration, l'épigastre se soulève à chaque expiration et s'abaisse à chaque inspiration par un rythme inverse de celui de l'état normal. Il y a donc une paralysie du diaphragme. L'auscultation révèle en outre des râles fins aux deux bases et une diminution du murmure vésiculaire.

Du côté de la circulation, pouls fréquent, petit et inégal. Du côté du tube digestif, ballonnement de l'estomac et de l'intestin.

Le phlegmon du tissu cellulaire péri-œsophagien a donc probablement déterminé une névrite du phrénique et du pneumogastrique.

Le 9 avril, l'état du cœur devient très inquiétant. Le pouls est à peine sensible et tout à fait incomptable ; défaillances, lipothymies, syncopes, cyanose ; la paralysie du diaphragme s'accentue, l'estomac rejette toutes les boissons.

Sous l'influence d'injections d'éther et de caféine les signes alarmants de collapsus cardiaque disparaissent au bout de deux jours. Puis les autres accidents commencent à s'amender.

Aujourd'hui la malade est guérie ; mais elle est encore très affaiblie. La paralysie du pneumogastrique abdominal n'a disparu que très lentement, la respiration a pendant longtemps été faible et irrégulière, enfin la paralysie du diaphragme a duré plus de six semaines. La malade est très amaigrie et ses muscles se sont atrophiés comme si elle avait fait une maladie de six mois.

Ceci démontre qu'il s'agissait bien d'une infection générale. A côté de la névrite du phrénique et du pneumogastrique due au voisinage du phlegmon des parties profondes du cou, on voit, en effet, un retentissement de l'affection sur tout l'organisme qui a été aussi touché que par une fièvre typhoïde. Il est à remarquer cependant que les reins sont restés absolument indemnes et qu'il n'y a jamais eu d'albuminurie, ce qui a sans doute contribué, pour une large part, à l'issue favorable de la maladie.

Pseudo-alopécie et eschares occipitales chez les jeunes enfants.

Les plaques d'alopécie au niveau de l'occiput, dit M. *Variot*, sont fréquentes chez les jeunes enfants ; elles sont ordinairement sans gravité ; quelquefois cependant elles s'accompagnent de troubles de nutrition de la peau produisant des érythèmes et des eschares. Chez tous les enfants les cheveux sont rares au niveau de la région occipitale. C'est aussi en ce point que siègent le plus souvent les plaques d'alopécie ; on en voit également quelquefois au niveau des bosses pariétales.

Elles se produisent surtout chez les enfants élevés au biberon, qui restent couchés sur le dos, mais elles peuvent s'observer chez les enfants nourris au sein et très bien soignés. Cette alopécie doit être regardée comme le premier degré d'altérations plus importantes, l'érythème et l'eschare. L'érythème peut être léger et passager ; quelquefois cependant à son niveau on voit se produire des pustules d'impétigo, et il peut donner naissance à de petites eschares, ordinairement superficielles et ne dépassant pas la largeur d'une pièce de deux francs. Ces eschares se montrent chez des enfants atteints d'une affection aiguë ou chronique ; M. Variot les a observées chez des petits athreptiques, tuberculeux ou broncho-pneumoniques.

Elles ont, à ce point de vue, une certaine valeur pronostique. Elles ne s'accompagnent pas d'eschares sacrées.

L'examen à l'œil nu et à la loupe des plaques glabres montre qu'il s'agit d'une pseudo-alopécie et non d'une alopécie véritable ; on peut en effet les voir couvertes de poils follets très courts, fins et très peu pigmentés ; ils traversent l'eschare quand celle-ci s'est produite.

Au microscope, le cuir chevelu paraît sain ; les follicules pileux ne sont pas modifiés. Le pronostic de cette pseudo-alopécie est donc bénin, les altérations ne portant que sur l'extrémité libre du poil.

Quelles sont les causes de la pseudo-alopécie des enfants ? Parrot, Bouchut, etc., accusaient surtout les sueurs profuses. Mais elles n'ont probablement qu'une importance secondaire, puisqu'elles se produisent sur toute la tête et que les régions occipitale et pariétale sont seules atteintes. On a incriminé avec plus de raison les mouvements latéraux et les frottements répétés produits par le balancement ; on trouve, en effet, à

FEUILLETON

Apologie du médecin de campagne.

Cet article pourrait être dédié à la majorité des lecteurs du *Concours médical*. — Ils sont nombreux, en effet, les confrères *ruraux* qui ont adhéré à la création de ce journal, destiné à rapprocher les membres dispersés de la grande famille médicale. — Isolés au fin fond des départements les plus reculés, les moins riches, ils suivent avec sollicitude tout ce que nous pourrons tenter à Paris pour améliorer leur sort et relever leur courage, aux heures rares de l'abattement.

Tournons donc les yeux vers ces modestes praticien pourtant si utiles et qui tendent de plus en plus à déserter les campagnes ; suivons-les dans leurs longues pérégrinations de jour et de nuit, par des chemins transformés en ornières, par le vent et la neige, pendant l'hiver, ou sous un soleil brûlant, pendant l'été. — C'est avec un respect attendri qu'il faut parler de leur sacerdoce, de leur mission parfois si ingrate et si peu rémunératrice : — Comment ne pas être rempli d'admiration pour ce juif-errant philanthrope, qui, d'après Munaret, doit marcher comme un facteur rural, ou monter aussi solidement qu'un postillon ? — Sa destinée, écrit Beaugrand, dans le dictionnaire Dechambre, est loin d'être tissée d'or et de soie. Pour les gens du monde, (c'est encore pire pour les paysans), le médecin est taillable et corvéable à merci, toujours à la disposition du public ; pour lui point de repos, jamais il ne doit être fatigué ; l'heure de ses repas est celle que l'on choisit pour le venir chercher, ou pour lui parler. Et il ne faut pas que la mauvaise humeur de ces dérangements, souvent pour les motifs les plus frivoles, se trahisse le moins du monde. Son zèle, l'amour de ses malades, doivent être de tous les instants, autrement on déclare qu'il n'est pas à la hauteur d'un sacerdoce, dont on lui impose les devoirs les plus pénibles, sans se croire obligé à la reconnaissance.

Si les fonctions du médecin sont belles, a dit Vicq-d'Azir, c'est moins dans les palais et parmi les grandeurs, où les motifs, soit apparents, soit réels, de l'intérêt, ne laissent aucune prise à ceux de l'humanité, que dans les demeures étroites et malsaines du pauvre. — Là, point de protecteur, point de cupidité, la renommée n'approche pas de ces asiles. Les victimes de la misère, celles de la maladie et de la mort, entassées, confondues, y offrent un tableau déchirant et terrible, c'est là

la périphérie des plaques, des cheveux cassés et comme usés ; cependant les poils follets ne sont point cassés. La cause la plus importante est la pesanteur. La tête, dans les premiers mois qui suivent la naissance, est proportionnellement très lourde. Or, chez les enfants, surtout chez ceux qui sont élevés au biberon, la pression s'exerce d'une façon continue sur la région occipitale. De plus, les cheveux de cette région sont continuellement dépourvus de lumière, d'où probablement leur décoloration.

La pseudo-alopécie des enfants reconnaît donc des causes mécaniques et physiques. Elle ne pourrait être confondue qu'avec l'alopécie syphilitique qui s'en distingue par ses caractères et par son siège.

Diagnostic de la pseudo-méningite hystérique.

M. *Chantemesse* rappelle que le diagnostic de la pseudo-méningite hystérique n'est pas toujours facile ; la céphalalgie, le ralentissement du pouls, les vomissements, les phénomènes oculaires, tous ces signes de la méningite vraie peuvent en effet se produire. Or il existe un procédé de diagnostic qui a déjà été appliqué à d'autres accidents hystériques et qui a été imaginé par MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau. Ces deux observateurs ont démontré que les hystériques sous le coup d'une attaque représentée par des crises convulsives, une paralysie, une contracture, présentaient des modifications de l'urine caractérisées par ce qu'ils ont nommé l'inversion de la formule des phosphates urinaires. Le rapport normal entre les phosphates terreux et les phosphates alcalins, qui est, à l'état normal, comme 1 à 3, devenait comme 1 à 2 ou 1 à 1.

M. Chantemesse vient de retrouver ces mêmes modifications chez un jeune homme de 25 ans, qui avait eu antérieurement plusieurs crises nerveuses, et qui présentait les symptômes d'une méningite vraie.

L'analyse de l'urine lui a permis, dès le premier jour, d'imputer les accidents à l'hystérie. Les rapports entre l'acide phosphorique terreux et alcalin ont été chaque jour comme 92 à 100, — 73 à 100, — 77 à 100, — 55 à 100, — 82 à 100, — 53 à 100, etc. Un jour où la céphalalgie avait été atroce, l'urine était alcaline et trouble par la présence d'un excès de phosphates solubles dans l'acide nitrique. Le rapport était alors comme 92 à 100. Au contraire, les rapports de 55 ou de 53 à 100 étaient toujours fournis par une urine éliminée pendant une période de 24 heures où les douleurs de tête s'étaient un peu apaisées. Parfois on notait la présence d'une petite quantité d'albumine.

La pseudo-méningite hystérique peut donc être comparée à l'état de crise et l'inversion de la formule des phosphates urinaires doit être regardée comme un de ses symptômes pathognomoniques.

La tachycardie de la ménopause.

M. *Kisch* (de Prague) a observé des cas nombreux de tachycardie survenant chez les femmes à l'époque de la ménopause. Ces accidents apparaissaient rarement après la cessation complète des règles, plus fréquemment au moment où les règles commençaient à devenir irrégulières, peu abondantes ; ils s'annonçaient par des palpitations chez des sujets indemnes jusqu'alors de troubles de cette nature. Ces palpitations revenaient d'abord sous l'influence des efforts, puis au moindre mouvement et enfin même au repos. Ils s'accompagnaient de sensation de défaillance, d'oppression thoracique, de battements violents des carotides et de l'aorte abdominale. Bientôt survenaient des vertiges, des tintements d'oreilles, des céphalées et parfois on voyait se produire des syncopes.

On trouvait alors le pouls extrêmement rapide, battant de 120 à 150 pulsations au moins à la minute, ample d'ailleurs, régulier et bien frappé.

---

qu'il est possible de faire le bien, où l'homme peut secourir l'homme, sans concours et sans témoins.

On est volontiers disposé à considérer les médecins de campagne comme des agents électoraux, comme les porteurs du mot d'ordre politique. N'est-ce pas la constatation de l'influence légitime et féconde de nos confrères sur la population qui les entoure et qui sait leur incessant dévouement ?

Mais les couplets de l'*Ombre*, l'opéra si connu de Flotow, nous montrent le médecin de campagne, monté sur Cocotte, qu'on aime presque autant que lui, dans un rôle plus touchant et plus sympathique : rien qu'en l'entendant arriver, le malade sourit et bien souvent guérit !

Mais à ma porte on sonne,
La cloche résonne,
Un chrétien m'attend pour...
Pour lui donner le jour.
Allons, Cocotte, en route !
Il faut, coûte que coûte,
Préparer de son mieux
Un baptême joyeux.
De là, courons, ma chère,
Retirer de l'enchère
D'un pauvre centenaire
La modeste chaumière,
Logis de ses aïeux.... !
etc... !

Evidemment, cette poésie ne donnera pas l'immortalité à son auteur ; mais l'intention y est, c'est l'essentiel, et le musicien a brodé là-dessus de jolis motifs fort pimpants, qui n'éveillent que des pensées agréables.

Oh ! ce n'est pas du v... Wagner, parbleu ; mais ça fait plaisir tout de même.

Balzac a consacré un volume au médecin de campagne et je crois qu'il serait difficile de donner une plus haute idée de son rôle bienfaisant. — Il s'agit du *bon* docteur Benassis, qui parvint, à force d'énergie et de persévérance, à transformer et à enrichir un misérable canton des environs de Grenoble, qui renfermait de nombreux crétins. — Il tire de sa grande inertie la population ; il ouvre des communications, assainit le pays, corrige les vices d'exploitation de la culture, fait ensemencer des terrains non utilisés jusqu'alors, installe des vanneries, des tanneries et diverses autres industries qui apportent la fortune partout, fait bâtir des habitations irréprochables au point de vue de l'hygiène, etc : « Pendant la seconde année de

Le tracé sphygmographique montrait une pulsation à ligne d'ascension brusque et de descente également rapide, avec exagération du dicrotisme physiologique. L'auscultation du cœur indiquait également une accentuation manifeste des bruits du cœur. Parfois survenaient sur la poitrine et au visage des plaques érythémateuses fugaces, s'accompagnant d'une vive sensation de chaleur.

Les crises de tachycardie reparaissaient à des intervalles plus ou moins rapprochés, parfois plusieurs fois par jour et duraient de quelques minutes à un quart d'heure. Elles ne coïncidaient pas avec un état anémique du sang, comme le veulent Clément et Bœrner, et l'auteur a vu au contraire, dans la plupart des cas, une augmentation notable du taux de l'hémoglobine.

Clément a constaté 4 cas de tachycardie de la ménopause, Bœrner 3 cas, Moor 1 cas; l'autour ajoute 28 observations du même ordre.

L'affection ne comporte pas un pronostic funeste ; elle peut durer quelques semaines ou persister pendant deux ans. Souvent elle évolue pendant tout le temps de la ménopause, ne cessant que lorsque les règles ont complètement disparu; rarement elle survit à la ménopause.

L'emploi fréquent de purgatifs légers a donné à l'auteur d'excellents résultats dans le traitement de cette tachycardie. On peut y joindre le séjour à la campagne, une nourriture légère, et prescrire un repos presque complet avec hydrothérapie. Le bromure de potassium à petites doses produit de même les meilleurs effets.

Au point de vue de l'étiologie, on peut admettre une relation directe de cause à effet entre les troubles menstruels et la tachycardie. Il est possible que los modifications que subissent alors les ovaires et les follicules de Graaf impressionnent les terminaisons nerveuses de ces organes de façon à produire des réflexes qui se transmettent au reste de l'organisme par la voie du grand sympathique. Les observations déjà connues de tachycardie survenues à la suite d'opérations portant sur les ovaires, ou bien chez des hystériques ayant des troubles des organes génitaux, sembleraient confirmer cette manière de voir.

Les résultats généraux des vaccinations antirabiques à l'Institut Pasteur.

Pendant l'année 1890, 1,546 personnes ont subi le traitement antirabique à l'Institut Pasteur, sur lesquelles 11 sont mortes de rage après la fin des inoculations. La mortalité totale a donc été de 0.71 %. Mais, sur les 11 personnes mortes de rage après la fin des inoculations, 5 seulement ont succombé plus de quinze jours après la fin du traitement.

« Pour juger de l'efficacité de la vaccination, il y a lieu de ne faire entrer en ligne de compte que ces cinq morts, parce que, d'après les expériences faites sur les chiens, on est autorisé à penser que les centres nerveux des personnes mortes de rage dans les quinze jours qui suivent le traitement ont été envahis par le virus rabique pendant le traitement lui-même. » (*Annales de l'Institut Pasteur*, mai 1891.)

Donc en retranchant du nombre total des individus traités les six personnes prises de rage dans les quinze jours qui ont suivi le traitement la mortalité, pour l'année 1890, au lieu de s'élever à 0,71 %, est de 0.32 % seulement.

S'il existait encore en France des incrédules au sujet de l'utilité de la méthode de M. Pasteur, le tableau suivant les convaincra :

Années	Personnes traitées	Morts	Mortalité
1886	2.671	25	0.94 %
1887	1.770	13	0.73
1888	1.622	9	0.55
1889	1.830	6	0.33
1890	1.540	5	0.32
	9.433	58	0.61

mon administration, dit-il, soixante-dix maisons s'élèvent dans la commune. Une production en exigeait une autre. En peuplant le bourg j'y créais des nécessités nouvelles, inconnues jusqu'alors à ces pauvres gens. Le besoin engendrait l'industrie, l'industrie, le commerce, le commerce un gain, le gain un bien-être, et le bien-être des idées utiles. »

Bref, les progrès intellectuels marchent de pair avec les progrès sanitaires; il met tout en germe dans les têtes et dans les terres; le mouvement de la population et des industries qu'il a établies ne cesse de progresser. — Rien n'y manque, pas même l'assainissement des étables, et, chose plus précieuse encore, ce vénérable confrère, qui soignait tout le monde pour rien, parvint à donner aux mœurs du bourg un esprit doux et fraternel, qui semblait faire de la population une seule famille.

N'est-ce pas beau et touchant ? — Aussi on peut répéter avec le commandant Ponestas, que si dans toutes les localités chacun imitait le Dr Benassis, la France serait grande et pourrait se moquer de l'Europe.

. . . .

« Il a du bon le coin du feu, écrivait, il y a une vingtaine d'années, le Dr Simplice, dans ses causeries de l'*Union médicale*, et j'en jouirais presque sans regret, si ma pensée ne se reportait quelquefois, alors que le souffle glacé du nord fait entendre ses âpres sifflements, et que le givre grésille sur mes carreaux, vers nos vaillants et courageux confrères ruraux, dont plusieurs, sans doute, à ces heures tardives et par ces nuits désolées, chevauchent encore par des chemins impossibles. Il y en eut un, l'an passé, héroïque victime, qui perdit sa voie pendant une nuit neigeuse, et dont le cadavre fut retrouvé dans le lit d'un torrent. Dévouements sublimes, quelles compensations trouvez-vous à cette existence si utile aux autres et pour vous si pénible ? — Quelles récompenses vous sont réservées pour tous les services par vous rendus aux populations des campagnes ?... Je vous l'assure, excellents et dignes confrères, ces arrière-pensées souvent me gâtent mon coin du feu et mêlent d'âcres senteurs aux parfums des jardins et des bois. »

Mais François Fabié, qui a chanté le médecin de campagne, l'engage à galoper encore vers la ferme où râle l'enfant, dans les bras de la mère folle :

Va donc toujours, bon médecin !
La douleur sonne son tocsin :
En toute saison, à toute heure ;
Va ! remets du courage au sein

Les aiguilles en platine iridié pour seringue de Pravaz.

On connaît les inconvénients des aiguilles de seringue de Pravaz actuellement en usage. Celles qui sont en acier sont difficiles à désinfecter et s'oxydent rapidement. Celles qui sont en or ou en platine manquent de résistance, piquent mal et se déforment aisément.

M. le professeur Debove vient de faire construire des aiguilles en platine iridié qui répondent à tous les desiderata. L'alliage de platine et d'iridium est extrêmement dur et les aiguilles faites de cet alliage piquent très bien et ne s'oxydent pas. Il n'est donc plus nécessaire avec elles de passer un fil d'argent après chaque opération. On peut les stériliser à l'eau bouillante, ou les porter au rouge dans la flamme d'une lampe à alcool sans les altérer en aucune façon.

HYGIÈNE

Recherches physiologiques sur l'Eau de Mélisse des Carmes,

Par MM. Cadéac et Albin Meunier.

Un des moyens de lutter avec fruit contre les dangers de l'alcoolisme est assurément l'étude sérieuse et approfondie des différentes liqueurs à base d'aromates qui ont envahi le commerce et qui remplacent aujourd'hui, dans une classe très nombreuse de la société, le vin et l'eau-de-vie. Cette étude, toute ingrate qu'elle puisse paraître, a été entreprise par plusieurs expérimentateurs. MM. Cadéac et Albin Meunier, entre autres, dans un mémoire fort bien présenté et accompagné de planches où sont figurés les animaux mis en expérience, ont exposé le résultat de leurs recherches sur un de ces produits fameux, universellement répandus et journellement employés, je veux parler de l'*Eau de Mélisse des Carmes*.

L'histoire nous apprend que la fabrication et la mise en vente de cette liqueur par les Religieux Carmes Déchaussés date de l'année 1611. Les substances employées pour sa fabrication étaient en usage depuis longtemps : certains produits de l'Orient jadis si réputés en thérapeutique, s'y trouvent adjoints à nos aromates indigènes ; et c'est à cette ingénieuse association que les Carmes empruntèrent la formule de leur Eau de Mélisse. C'était le remède à tous les maux ; et Dulaure, dans « son Histoire de Paris », nous raconte qu'au temps de Richelieu, point n'était de petite maîtresse qui ne portât sur elle son flacon d'Eau des Carmes. Sous Louis XIV le règne des parfums et des aromates ne fut guère en honneur : Molière était là, armé du Ridicule. Mais un stratagème inoffensif eut bientôt raison de cette indifférence. Le confesseur de la Reine de Bourgogne, réputé médecin, conseilla un jour à sa pénitente l'eau de Mélisse comme un remède absolument efficace. Le lendemain, toutes les dames de la cour en usaient et abusaient ; la pression fut tellement grande que Louis XIV enfin conféra aux Carmes, en 1709, les lettres patentes qui leur garantissaient la propriété de l'eau de Mélisse.

Depuis lors, cette spécialité prit un essor merveilleux et sa réputation de médicament nervin et stimulant de toutes les fonctions fit bien vite le tour du monde. Aujourd'hui même on l'utilise comme cordial et le Codex a consacré sa formule :

Mélisse fraîche en fleurs	18 kgs
Zestes frais de citron	3 kgs
Cannelle de Ceylan	1,600
Girofles	1,600
Muscades	1,600
Coriandres	0,800
Racine angélique	0,800
Alcool à 80°	100 litres.

Telle est cette formule, demeurée intacte, malgré le temps. Voyons si l'expérimentation trouvera dans l'alcool ou dans les substances aromatiques ces merveilleuses propriétés stimulantes ou

---

De celui qui crie ou qui pleure.
Sauve le plus que tu pourras
De la faucheuse aux maigres bras,
Jusqu'à l'heure où tu t'en iras,
Sans regret, la trouver toi-même !

Une des plus douces récompenses du médecin de campagne, quoiqu'il soit âgé, qu'il ne soit plus dans le mouvement, est de faire partie en quelque sorte de certaines familles reconnaissantes, trop rares, hélas, dont il reste le guide, dont il ne sort plus que lorsque les infirmités ou la mort l'enlèvent à son ministère, dans lequel il est remplacé par son fils, ou par un successeur qu'il avait pressenti et préparé.

Ces sortes de contrats, auxquels toute le monde gagnait, tendent à disparaître, par suite de la facilité des communications, du développement des voies ferrées et télégraphiques, qui permettent de faire appeler rapidement le spécialiste en vogue de la ville la plus rapprochée ; mais c'est vraiment grand dommage que cette confiance patriarcale, à laquelle je viens de faire allusion, ait une tendance à s'amoindrir, à disparaître : « Là, où cette confiance pleine et entière n'existe pas, a écrit Fonssagrives (Dictionnaire de la santé, p. 273), le rôle du médecin est d'une douloureuse aridité et, eût-il les meilleures intentions du monde, la conscience la plus droite, l'esprit d'abnégation professionnelle le plus complet, il n'y a qu'une sécurité relative pour les familles. La confiance double en effet les forces du médecin ; elle augmente sa responsabilité, mais elle lui donne en même temps l'entrain et les forces qui lui sont nécessaires pour la porter ; son initiative, qui n'a pas à s'occuper d'interprétations malveillantes, est plus entière ; il fait pour le mieux, sûr qu'il ne sera ni trahi, ni abandonné, et il se livre tout entier et sans partage à ces méditations et à ces recherches au bout desquelles est le salut des malades, si le salut est possible. Nous sommes ainsi faits que la confiance nous exalte et que le doute nous déprime, et que nous sommes plus près de ne plus croire en nous-mêmes quand on a cessé d'y croire autour de nous. Et de là des demi-moyens, des hésitations préjudiciables ; des médications énergiques remplacées par d'autres qui le sont moins, des capitulations de doses, des résolutions graves ajournées au lendemain, une situation douloureuse et ingrate pour les médecins, fausse et sans profit pour la famille. »

On ne peut pas s'occuper sans relâche de thérapeutique et de chirurgie, et, de même que dans un jardin on trouve des fleurs à côté des légumes

cordiales qu'on lui accorde encore de nos jours....

De récents travaux, présentés à l'Académie de médecine, n'ont-ils pas démontré que l'alcoolisme n'est pas seulement le fait de l'alcool, mais aussi celui des diverses essences qui parfument cet alcool? — L'action de ce dernier est souvent secondaire, et on a prouvé que les essences déterminaient à volonté, de l'ivresse gaie ou de l'ivresse lourde; de la tristesse ou de la joie; des emportements, des hallucinations, etc.....

L'association de ces mêmes essences stimule ou stupéfie, et, suivant la quantité relative de ces mêmes éléments, leurs effets s'annulent ou s'amoindrissent et l'action définitive ne peut être résolue que par l'expérimentation.

La quantité de chaque essence nous fournit-elle quelques indications? Assurément; les Carmes l'ont cru, mais ont mal interprété les doses. Dans leur pensée, le poids de la mélisse était prépondérant, l'action de cette labiée majorait l'action des autres plantes et les effets de la première devaient diminuer les effets de toutes les autres. Erreur, puisque en substituant au poids des plantes leur teneur en essence, on arrive à trouver que la Mélisse n'est plus représentée dans la formule précédente que par 18 grammes, tandis que la girofle et la muscade nous donnent en poids 228 et 226 grammes.

Action de l'essence de mélisse. — Etudiée physiologiquement, cette essence volatile peut être classée parmi les calmants et les hypnotiques. Au début, légère excitation, il est vrai, mais somnolence rapide et dépression profonde.

En effet, si l'on injecte dans les saphènes d'un chien de l'essence de mélisse, il se produit tout d'abord une période d'excitation: l'animal est plus animé, son regard s'allume et court avec rapidité; puis, une à deux minutes après, il s'arrête brusquement et la période de somnolence et de dépression survient; l'animal reste immobile, triste, cherche à se coucher, et bientôt s'endort. Cet état dure une heure et demie environ, interrompu par de violents tremblements.

A dose plus élevée, même état de sommeil, mais incoordination motrice et légère ivresse.

A dose toxique, ivresse complète, sommeil anesthésique complet. Insensibilité générale et spéciale, résolution musculaire, phénomènes qui durent environ une demi-heure, après lesquels le chien en expérience fait quelques mouvements pour se soulever. Dès que la sensibilité réapparaît, les tremblements reviennent. La mort ne survient que plusieurs heures après l'introduction d'une certaine quantité d'essence dans l'organisme.

Injectée par le tube digestif, l'essence provoque une agitation très courte, suivie comme précédemment d'un état somnolent et comateux.

En résumé, les effets de la mélisse sont les suivants: *diminution de l'activité cérébrale, sommeil, ralentissement du cœur, action insignifiante sur le tube digestif et les sécrétions. Peu antiseptique et peu toxique.* Nous sommes déjà loin de ces propriétés excitantes qui doivent dominer l'action de la mélisse, au dire de ses inventeurs.

Action des essences de muscade et de girofle. — Comme la précédente, *l'essence de muscade* ne peut expliquer la stimulation ou la tonicité supposées à l'eau de mélisse. Expérimentée, la muscade cause une dépression considérable, rend triste et apathique, stupéfie les facultés et sidère la circulation. Tout au plus, nous lui reconnaissons une action favorable sur le tube digestif.

L'essence de girofle serait-elle donc destinée à corriger ces effets hyposthénisants? Injectez dans la circulation veineuse d'un chien de 8 à 9 kgs, 10 centigr. d'essence de girofle, et bientôt tout le système cérébro-spinal sera troublé. A 40 centigr. l'ivresse est complète, l'analgésie est parfaite, les sécrétions sont exagérées et bientôt l'anesthésie survient avec la résolution des muscles et l'abolition des réflexes. L'animal succombe rapide-

---

prosaïques réclamés par la cuisinière, de même nos confrères de là-bas fêtent quelquefois les Muses, comme diversion à leurs travaux habituels!

Un certain nombre d'entre eux ont même montré que le positivisme des sciences naturelles n'exclut pas l'inspiration poétique, non plus que la connaissance de l'histoire et des antiquités. — Evidemment, les ornements de l'esprit leur sont de peu d'utilité vis-à-vis de la majorité de leurs clients. Mais si le culte des lettres et des arts ne leur procure pas d'avantages professionnels, ils parviennent ainsi à charmer le temps qui s'écoule entre leurs visites, à remplir agréablement les longues veillées de l'hiver: le refuge dans un monde idéal est la seule ressource de ceux que le monde réel ne peut contenter!

C'est une vraie consolation pour eux, après avoir coudoyé des paysans grossiers et illettrés, de pouvoir vivre dans le commerce des esprits d'élite, de tous les temps, de peindre, dessiner, écrire leurs impressions ou des causeries humoristiques, de correspondre avec un ami sûr, de faire de la musique avec une compagne bienveillante ou des enfants qui présentent quelques dispositions. Evidemment, ce ne sont pas des exécutants de premier ordre; leur talent ferait sourire les habitués du Conservatoire; mais il n'ont pas non plus la prétention de s'exhiber en public.

Cela vaut encore mieux que d'aller s'abrutir dans le cabaret voisin, que d'y jouer avec des cartes sales, en compagnie de partenaires encore plus sales, en buvant de la bière inqualifiable, dans des verres mal rincés.

Je ne terminerai pas sans former le vœu que les médecins de campagne ne paient pas de patente, que leur pauvre bique ne soit pas taxée comme cheval de luxe, qu'ils puissent devenir avant peu, avec l'organisation de l'assistance publique dans les cantons, des fonctionnaires largement salariés avec une retraite honorable, le tout en rapport avec les services qu'ils rendent, de façon à ce qu'ils n'aient pas envie de lâcher pied et de gagner la ville voisine. Les populations reconnaissantes s'empressent de donner leurs voix à leur docteur, pour le faire entrer au conseil municipal, au conseil général: ce sont des compensations insuffisantes. Je voudrais, qu'en dehors des émoluments auxquels je faisais allusion tout à l'heure, le gouvernement fit tomber fréquemment ses faveurs sur leur boutonnière.

Tout médecin de campagne, après vingt-cinq ans d'exercice, devrait être décoré; ce serait une distinction bien justifiée!

Dr Grellety (de Vichy).

ment. Chez le cheval, mêmes phénomènes principaux. Avec la mélisse, nous arrivons au sommeil; avec la muscade, nous abolissons le champ de la conscience et de la volonté; avec l'essence de girofle, c'est l'anesthésie et la résolution complète.

Reconnaissons cependant à l'essence de girofle des propriétés microbicides très sérieuses. En effet le microbe de la morve est tué après un contact de 35 minutes avec cette essence pure; le microbe de la fièvre typhoïde ne résiste pas après 25 minutes. — Cette qualité, il faut la lui reconnaître; mais je ne vois pas encore là l'explication des effets toniques et stimulants attribués à l'eau de mélisse.

Action des autres essences. — L'*angélique*, pas plus que la *coriandre*, ne saurait être considérée comme le facteur réconfortant de l'Eau des Carmes. — Sans être un poison assez subtil pour devenir nocif, l'essence d'angélique peut être regardée comme un élément exempt de dangers; ni tonique, ni perturbatrice des fonctions et facultés cérébrales, ses effets physiologiques, démontrés par une série d'expériences, resteraient inexplicables, si au fond ils ne venaient ajouter une légère contribution à l'action déprimante et toxique des autres produits. Son goût et son odeur rendent l'eau de mélisse très agréable.

La *cannelle*, au contraire, agit comme un irritant local des plus énergiques; les injections sous-cutanées et intramusculaires d'essence pure produisent une vive réaction; malgré son peu de toxicité, elle offre des effets assez remarquables. Expérimentée, elle produit tout d'abord une excitation cérébrale et musculaire assez grande, une augmentation des battements cardiaques, accroissement des mouvements respiratoires, stimulation des organes sécréteurs; et enfin tristesse, état de sommeil, souffrance visible et inflammation rapide de tout le tube digestif.

Puissant antiseptique, elle servait à l'embaumement des corps chez les Egyptiens, et est encore classée parmi les microbicides les plus sérieux.

Le citron, dans l'eau de mélisse, se tient à côté de la cannelle comme antiseptique et comme agent perturbateur, mais dans une mesure beaucoup plus restreinte.

Action générale. — Dissociée et analysée dans ses éléments, l'eau de mélisse demandait à être expérimentée dans son tout.

Cette étude a été faite en introduisant les essences par diverses voies. Par les veines, l'injection de l'eau de mélisse des Carmes produit à doses faibles et à doses moyennes deux périodes: excitation et somnolence.

Par les voies digestives, mêmes effets. Au premier moment, pendant une à deux minutes, c'est l'entrain, la vigueur, l'énergie. Mais bientôt, c'est la stupeur, c'est le sommeil et l'abrutissement chez tous les animaux mis en expérience. Les essences hypnotiques dominent franchement la scène, les essences stimulantes sont annihilées. Des doses relativement faibles (25 centigrammes) suffisent pour un chien et le plongent instantanément dans l'état de stupeur que je viens de signaler.

Loin d'exciter le muscle, d'étendre la vie de relation et de conception, l'eau de mélisse sidère, brise, et l'organisme en pâtit. Les parfums que les Carmes ont ajoutés à leur élixir viennent même corroborer ces effets. Qui ne sait l'action néfaste du parfum sur le système nerveux, le nervosisme qui en résulte par suite de la diminution des actes réflexes?....

Serait-ce donc à l'alcool que l'eau de mélisse doit demander ces propriétés réparatrices et bienfaisantes qui ont fait sa renommée?

En tant qu'alcool, ces effets sont connus; mais associé, combiné à toutes ces essences, pourrait-il se modifier lui-même dans les actions définies, finales, qui dépendent de son domaine? Ici encore l'expérimentation a démontré qu'il ne fait qu'exagérer les perturbations que déterminent les essences: exaltation d'abord, affaissement ensuite....

Cette eau de mélisse devient donc dans sa formule physiologique aussi simple qu'elle est complexe dans sa formule officinale; ses effets tendent au vide cérébral, à l'anéantissement des sens: et ils sont d'autant plus pernicieux que son alcool parfumé enivre le cerveau pour lequel il devient un « poison psychique ». Tout au plus, il convient de lui reconnaître une action antiputrescible qui n'a que faire ici, mais qui peut consoler le buveur d'eau de mélisse, peu difficile, dont le corps sera rendu plus rebelle aux microbes, mais dont l'esprit, hélas! ne tardera pas à déchoir.

Sa réputation de remède excitant est donc usurpée; laissons-lui la faculté d'apporter un certain calme; croyons en ses vertus *microbicides* sur le tube digestif; conservons-lui une petite place au Codex; mais prévenons les abus, et avertissons les dipsomanes que le danger vient du plaisir. Qu'ils se défient des essences parfumées que développe l'eau des Carmes maintenant qu'ils en connaissent toutes les perfidies!

Docteur MORICE (de Néris).

SYPHILIGRAPHIE (1)

Des nourrices en état d'incubation de syphilis

par M. le Professeur A. FOURNIER.

« ... Une nourrice qu'on examine aujourd'hui, je suppose, qu'on examine avec attention, aussi scrupuleusement et aussi complètement que possible, peut être considérée comme saine, absolument saine, alors qu'en réalité c'est une nourrice ultra-dangereuse, une nourrice syphilitique, mais seulement en état d'incubation de syphilis.

Et cela, inutile d'en ajouter la conséquence nécessaire, que déjà vous avez pressentie, à savoir: C'est que cette nourrice, saine aujourd'hui (d'apparence tout au moins), sera dans 8, 10, 15 ou 20 jours une nourrice capable de transmettre la syphilis au nourrisson qui lui sera confié, de par le chancre ou les chancres qui seront éclos sur son sein ou ses seins à cette époque.

Or, cette conséquence n'est-elle que théorique? N'est-ce là qu'une conception imaginaire, inventée à plaisir dans les rêveries du cabinet? Tant s'en faut, hélas! Non. C'est là un danger trop réel, qui déjà s'est traduit par de nombreu-

(1) L'importance des questions soulevées par les rapports de la syphilis avec l'allaitement dont nous exposions un cas particulier dans notre dernier numéro, nous engage à reproduire une clinique déjà ancienne publiée par la *Semaine médicale* en 1888 et dans laquelle M. Fournier, la plus haute autorité en ces matières, a traité une autre face du problème, qui a été, on s'en souvient, agité par l'Académie.

ses contaminations et auquel néanmoins on ne songe guère, dont on ne se préoccupe guère tout au moins, à en juger par la légèreté avec laquelle usuellement on fait choix d'une nourrice.

Déjà, je le répète, on a vu quantité de faits de ce genre. J'en ai bien observé une quinzaine, pour ma seule part, dans ma pratique. Tous ces faits se ressemblent naturellement, à quelques détails près, et se résument en ceci :

Une nourrice commence par allaiter un enfant syphilitique. Pour une raison quelconque elle est séparée de cet enfant, comme par exemple lorsqu'il meurt, ou lorsqu'un médecin, constatant l'état syphilitique de l'enfant, prescrit la suspension de l'allaitement. Alors, cette nourrice, continuant son métier de nourrice, se présente dans une autre famille. Là, on l'examine, on la reconnaît saine, on l'admet. Puis, quelques jours ou quelques semaines plus tard, un chancre se manifeste sur le sein de cette femme, comme premier accident de la syphilis contractée du précédent nourrisson. Et alors, de par ce chancre, tout naturellement, cette nourrice transmet la syphilis à son deuxième nourrisson.

Exemple typique du genre, que j'emprunterai à mon distingué collègue et ami, le docteur Dron (de Lyon), à qui nous devons précisément un remarquable et très intéressant mémoire sur le sujet qui nous occupe.

Une nourrice d'Ambérieux, après avoir sevré son enfant, vient prendre à Lyon un nourrisson. Malheureusement, elle tombe sur un enfant issu de parents syphilitiques, qui est bientôt criblé d'accidents syphilitiques et succombe. Tout aussitôt elle revient à Lyon chercher un second nourrisson. Elle s'adresse à un bureau. Là un médecin l'examine (notez bien cela), la déclare saine, et on lui confie un deuxième enfant, celui-ci bien portant et issu de parents sains, comme l'enquête le démontra plus tard. Mais voici que, quelque temps après, cette femme voit éclore sur l'un de ses seins une ulcération qui s'élargit. Elle ne s'en inquiète pas et continue à nourrir. Puis, voici que l'enfant, quelque temps après, présente une ulcération à la lèvre supérieure, avec engorgement des ganglions sous-maxillaires. Puis, des accidents de syphilis secondaire apparaissent sur la nourrice ; puis, des accidents de syphilis secondaire apparaissent sur l'enfant, lequel est, à ce moment, confié à une seconde nourrice qui est infectée à son tour.

Quoi de plus probant qu'un tel fait, où nous voyons de toute évidence une nourrice infectée par un premier nourrisson syphilitique se présenter à l'examen d'un médecin, être déclarée saine, puis, après l'incubation usuelle, offrir un chancre du sein qui devient la source où s'infecte un second nourrisson ?

Et de même, pour tant et tant d'autres faits analogues, disons mieux identiques, que j'aurais à citer, tous faits offrant cette particularité curieuse d'une nourrice qui entre saine dans une famille, saine d'apparence tout au moins, et qui cependant y apporte la syphilis.

Particularité curieuse, ai-je dit ; oui, certes, mais en ce sens seulement qu'il est curieux de voir une contagion syphilitique dériver d'une femme qu'on a examinée, bien examinée et reconnue saine ; mais au total, particularité qui n'offre rien que de normal, de parfaitement conforme aux habitudes de la maladie, puisque le propre de la syphilis, je le répète encore, est d'incuber longuement, c'est-à-dire 3, 4, 5, semaines, voire davantage quelquefois. Or, il n'est rien d'étonnant à ce que sur un sujet qui est simplement en état d'incubation syphilitique, on ne découvre rien qui soit de nature encore à révéler la maladie qu'il a reçue.

Voilà, bien établi et nettement précisé, je pense, le fait clinique que je m'efforce de mettre en lumière.

Cela posé, venons maintenant aux questions pratiques qui se rattachent au fait en question, et étudions les deux points que voici :

1° Quelle est la conduite à tenir dans les cas de ce genre ?

2° Qu'y a-t-il à faire pour éviter que des contagions de cet ordre aient la possibilité de se produire ?

Occupons-nous d'abord du premier point.

Deux ordres de cas se présentent en pratique : ou bien le médecin, au moment où il est mandé, trouve l'enfant déjà manifestement infecté, c'est-à-dire affecté d'un chancre : — ou bien le médecin, au moment où il est mandé, ne constate rien de morbide sur l'enfant.

Dans la première hypothèse, nul embarras sur la conduite à tenir. Le médecin trouve deux malades, à savoir : une femme avec un chancre du sein ; un enfant avec un chancre plus récent de la bouche, de la langue ou du visage. De toute évidence, il n'a que deux choses à faire :

Traiter ces deux malades ;

Et laisser continuer l'allaitement.

Traiter ces deux malades, cela ne comporte ni discussion ni explication. — Laisser continuer l'allaitement, cela n'est pas moins manifeste comme indication. Car, quel autre parti prendre ? Raisonnons.

Comment nourrir l'enfant ?

Allez-vous lui donner une autre nourrice ? C'est là le premier parti auquel, *ab irato*, sans réflexion, songent les parents de l'enfant. Renvoyer aussitôt cette « indigne nourrice, cette affreuse femme, cette sale femme », comme ils l'appellent, et la remplacer par une autre nourrice tout aussitôt, voilà ce qu'ils ne manquent guère de vous proposer, dès que vous leur révélez le malheur qui vient de frapper leur enfant. Mais c'est là un parti auquel vous, médecins, ne songerez même pas un instant. Car vous savez quelle en serait la conséquence. Vous savez que cet enfant ne manquerait pas d'infecter une seconde nourrice. Il est impossible, désormais, que cet enfant syphilitique soit nourri par une nourrice saine. Il ne peut être nourri que par une nourrice syphilitique comme lui. Or, cette nourrice syphilitique, il l'a précisément. Donc, il a ce qu'il lui faut, et ce qu'il trouverait peut-être difficilement en dehors d'elle, car on ne trouve pas tous les jours et à point nommé, quand on en a besoin, une nourrice syphilitique. Cette nourrice syphilitique est pour lui le *nec plus ultra* de ce qui lui convient, l'idéal, la perfection de ce qu'on peut lui souhaiter. Il lui devra peut-être la vie ; c'est elle qui peut lui permettre, de par son lait, de supporter et la maladie et le traitement applicable à la maladie. Donc, n'allez pas la perdre, cette nourrice. C'est une perle rare en l'espèce. Faites tout votre possible pour la conserver.

En conséquence, le devoir du médecin, en pareille circonstance, est tout tracé. C'est de rétablir

le calme dans cette famille agitée, c'est de réconcilier cette famille avec la nourrice que, dans un premier moment d'indignation, les parents du nourrisson voulaient tout à l'heure congédier, et de leur tenir à peu près ce langage :

« Certes, un malheur vient de vous frapper, et je conçois votre colère vis-à-vis de votre nourrice. Mais, d'abord, cette nourrice n'est que bien involontairement la cause de ce qui vient d'arriver. Puis, ce malheur, il ne faut pas le rendre pire encore. Or, voyez ce que vous allez faire en congédiant votre nourrice. Quand elle ne sera plus là, qui va nourrir votre enfant ?

Vous allez, dites-vous, lui trouver une autre nourrice. Mais cela est impossible ; car, dans l'état où il est, votre enfant ne tarderait pas à communiquer sa maladie à cette autre nourrice. Vous ne voudriez pas être cause de cet autre malheur, et, d'ailleurs, je n'y saurais consentir, vous le savez bien.

Or, que nous reste-t-il pour nourrir actuellement votre enfant ? Trois procédés. Mais voyons ce qu'ils valent :

1° Lui donner une autre nourrice, mais une nourrice d'un genre spécial, à savoir une nourrice qui ait le même mal que lui, une nourrice *syphilitique*. C'est possible. Nous trouverons peut-être une nourrice de cet ordre ; mais il est possible aussi que nous n'en trouvions pas immédiatement, voire que nous n'en trouvions pas du tout. Cela dépend d'un hasard.

2° Le faire élever par un animal, par une chèvre, par une ânesse. C'est là un excellent procédé ; mais c'est là un procédé qui réussit bien quand on est installé pour cela, comme on l'est, par exemple, à l'hôpital des Enfants-Assistés. C'est là un procédé d'hôpital. Mais pourrez-vous installer une chèvre dans votre logement ? C'est possible à la rigueur, car tout est possible quand on le veut. Mais c'est peu pratique.

3° Nous avons enfin le biberon. Mais si le biberon, avec du bon lait, avec des soins de propreté excessive, je dirai presque d'antisepsie, avec un dévouement assidu, peut convenir à des enfants bien portants, il est bien périlleux pour des enfants malades comme l'est votre bébé actuellement ou comme il pourra l'être dans un certain temps.

Donc, aucun de ces procédés ne vaut ce que vous avez actuellement. Votre enfant a une nourrice qui ne peut plus lui être nuisible et à laquelle il ne peut non plus être nuisible. Donc il a *ce qu'il lui faut*. Cette nourrice, en conséquence, gardez-la et ne consultez que ce qui peut être utile à votre enfant. Vous avez plus de besoin de votre nourrice actuelle qu'elle n'a besoin de vous. Donc, faites tout au monde pour la conserver, car le salut de votre enfant peut être à ce prix. »

Et, en effet, il n'est pas, pratiquement, d'autre parti de meilleur parti à prendre que celui-ci en l'espèce. C'est donc ce parti que vous devrez conseiller énergiquement.

Voilà pour le premier ordre de cas.

(A suivre.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Du secret médical relativement aux certificats demandés dans les cas d'accidents ou de retraite anticipée,

Par le Dr Chouigneau.

Nous avons vu quelle conduite nous devions tenir, lorsque l'on venait nous demander un certificat concernant un de nos clients décédés, afin de le présenter à une Compagnie d'assurances sur la vie. En aucun cas nous ne devons de certificat, le secret médical nous le défend, rien ne peut nous en relever et du reste aujourd'hui une sage jurisprudence consacre notre refus, puisque les tribunaux condamnent les compagnies à payer avec ou sans certificat.

A ce sujet, notre très distingué confrère M. Tolédano demandait si l'on ne devait pas étendre cette manière de voir et si nous ne devions pas refuser aussi les certificats que l'on nous demande souvent au sujet d'une blessure reçue ou pour prendre une retraite anticipée.

Ici le cas n'est plus du tout le même. Vis-à-vis la compagnie d'assurances sur la vie, l'intéressé est absent, il est mort ; c'est entre tiers que se passent les demandes et les réponses. Or les familles ne pourraient plus avoir aucune sécurité si dans une occasion ou une autre le médecin pouvait raconter tout ce qu'il sait. Au contraire, dans les cas d'assurance contre les accidents, ou bien encore lorsque notre client est d'une Société quelconque et demande, par suite de mauvaise santé, à jouir d'une retraite anticipée, nous pouvons toujours lui donner ce qu'il nous demande.

A lui-même, nous pouvons signer tous les certificats qu'il désire, nous ne pouvons pas invoquer de secret de nous à lui. Il sera libre en sortant d'en faire ce que bon lui semblera, nous n'en sommes pas responsables, ce n'est pas nous qui trahissons le secret qu'on nous a confié ; s'il livre son certificat au public, c'est lui-même, et c'est une liberté qu'il a toujours.

Si, dans le cas d'accident, le médecin de la compagnie d'assurances vient nous demander des renseignements ou assister à une de nos consultations, nous devons agir avec beaucoup de prudence, nous laissant guider par notre conscience et nous rappelant toujours que nous sommes surtout le protecteur et le défenseur naturel des intérêts de notre malade.

C'est dans cette considération un peu large qu'il semble sage de se tenir. Une règle de conduite trop stricte, ne reposant du reste sur aucune jurisprudence, risquerait d'être souvent violée dans la pratique ou d'être parfois contraire aux intérêts qu'elle doit précisément défendre.

(Journ. de méd. de Paris.)

Les prêts de thèses et ouvrages médicaux, aux praticiens, par les facultés.

Luxeuil, le 19 mai 1891.

Monsieur et très honoré confrère,

Dans un de mes voyages en Alsace, il y a dix ans, j'ai trouvé sur la table de travail d'un praticien de province des thèses et ouvrages récents portant le cachet de l'Université de Strasbourg.

Mon confrère alsacien m'expliqua que tout médecin alsacien ou allemand pouvait demander à titre de prêt à n'importe quelle Université allemande les ouvrages, journaux ou thèses qu'il voulait consulter. Le bibliothécaire de l'université à laquelle il s'était adressé faisait immédiatement droit à sa requête et lui envoyait pour un mois les ouvrages demandés. Les frais d'expédition (aller et retour) étaient seuls à la charge du praticien. Bien entendu, en cas de perte du livre, il devait le remplacer.

Je n'ai pas besoin de vous faire remarquer quel service un pareil système rendrait en France au médecin de campagne, écarté de tout centre ou Faculté, voulant se tenir au courant des nouveautés qui paraissent ou consulter un travail original.

Au pas où marche la science, les livres vieillissent vite et le médecin de campagne qui arrive à peine à équilibrer son budget annuel serait heureux de pouvoir lire les livres nouveaux, sans grande dépense, et aussi facilement que son confrère de la grande ville qui n'a que la peine de se rendre à la bibliothèque de la Faculté.

Les universités allemandes sont riches, car elles ont la personnalité civile. Depuis quelques années les *Facultés françaises* sont au même point et peuvent recueillir des legs. Elles pourront aussi bien que les allemandes se procurer un certain nombre d'exemplaires des ouvrages les plus demandés.

J'ose espérer que vous voudrez bien faire un peu d'agitation au sujet de la question ci-dessus et que grâce à votre publicité vous la ferez aboutir. Ce sera un nouveau service rendu à la profession médicale.

Veuillez agréer,

Dr Kitschiné,
ex-médecin de marine.

Nous nous sommes empressés de publier cette lettre et nous en ferons part au Conseil de Direction, à sa prochaine séance.

A. C.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat des Basses-Cévennes.

L'an mil huit cent quatre-vingt onze et le neuf mai, le Syndicat médical des Basses-Cévennes, régulièrement convoqué, s'est réuni à Ganges sous la présidence du Dr Mazel, d'Anduze. Étaient présents MM. les docteurs : Mazel d'Anduze. — Galtier, de Ganges.— Bourguet, de Sommières.— Balestrier, du Vigan. — Boutes, de Ganges. — Maquet, de Ganges.

La séance est ouverte et M. le président donne lecture des lettres d'excuses :

1° du Dr Cambassédès, du Viguan, secrétaire du syndicat.

2° du Dr Tarrou, d'Anduze.

3° du Dr Dumas de Lévignan.

Le Dr Pessier, de Valleranques, invité à assister à la séance, bien que n'étant pas membre du syndicat, s'est également excusé en exprimant les plus vifs regrets de ne pouvoir y assister.

En l'absence du secrétaire, M. le Dr Bourguet est prié de le remplacer pour la séance.

M. le Président prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers Confrères,

Avant d'aborder les questions de notre ordre du jour, je crois être votre interprète en saluant de nos regrets la Mémoire du Dr Pécholier, professeur agrégé à la faculté de médecine de Montpellier.

Ce que fut l'homme, le médecin et le Professeur, il ne nous appartient pas de l'apprécier ; nos hommages ne visent que le confrère bienveillant qui apporta aux fondateurs de notre Syndicat le précieux appoint de ses conseils, de son expérience. C'est au Président honoraire du Syndicat des Basses-Cévennes que nous adressons le modeste tribut de notre souvenir respectueux et reconnaissant.

J'espérais pouvoir vous annoncer la constitution définitive de la Fédération des sociétés médicales du Gard et vous en communiquer les statuts, mais mes espérances ont été encore une fois déçues et nous avons vérifié à nos dépens qu'en effet il y a loin de la coupe aux lèvres.

Ne désespérons pas, cependant, du succès ; l'union étant faite dans les esprits ne peut que se réaliser dans un avenir prochain.

Dans votre réunion de novembre dernier, vous avez exprimé un vœu pour l'organisation du service de la Protection des enfants du premier âge, et de vaccination gratuite dans le département de l'Hérault.

Ce vœu devait être et a été transmis au conseiller général du canton de Ganges et à M. le Préfet de l'Hérault.

Notre secrétaire vous dira dans un instant l'accueil qu'il a reçu.

Vous avez sans doute lu, dans le n° du 28 mars du journal le *Concours médical*, sous la signature du Dr Cezilly et du Président de l'Union des syndicats, un appel pressant aux membres des syndicats pour les engager à participer à la souscription dont ils ont pris l'initiative. Cette souscription a pour but d'offrir au Dr Chevandier, député de la Drôme, un objet d'art en souvenir de la part active et on peut dire prépondérante qu'il a prise à la préparation et au vote de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine.

J'ai reçu en outro, concernant le même objet, une circulaire du Dr Mignen, président de l'Union des syndicats, dont je vais vous donner lecture.

Je pense, Messieurs, que nous devons apporter notre obole à cette souscription et joindre nos remerciements à ceux qui ont été déjà adressés à notre confrère député par le Dr Cézilly et le Président de l'Union des Syndicats. Quelle forme doit revêtir notre souscription ? Doit-elle être collective ou individuelle ou tout à la fois collective et individuelle ? A nos yeux, notre souscription doit être collective ; c'est le syndicat des Basses-Cévennes qui doit figurer sur cette liste de souscripteurs sur laquelle, j'en suis convaincu, tous les syndicats tiendront à l'honneur de s'inscrire.

Une souscription collective me paraît avoir le double avantage de permettre à chaque syndicat de s'affirmer et de donner à la manifestation en faveur du Dr Chevandier un caractère plus officiel et plus éclatant.

Ce n'est là du reste qu'une opinion personnelle et je vais soumettre la question à votre délibération.

Le Syndicat après échange d'observations entre divers membres, décide à l'unanimité :

1° Qu'adoptant les considérations exposées par son président, il tient à participer à la souscription Chevandier, à titre collectif, et vote à cet effet la somme de 50 francs payables sur la caisse du Syndicat ;

2° Que son vœu relatif aux réformes à introduire dans le service de la protection des enfants du premier âge et de vaccination gratuite sera renouvelé auprès de M. le préfet de l'Hérault et de M. le conseiller général du canton de Ganges ;

3° Que la proposition du Dr Cambassédès tendant au relèvement du prix de la visite des médecins-inspecteurs du premier âge sera renvoyée à la réunion d'octobre prochain, le mauvais temps ayant par trop réduit le nombre des confrères syndiqués, à la présente réunion ;

4° Que cette prochaine réunion aura lieu à Sommières dans les premiers jours d'octobre.

M. le secrétaire est chargé d'inviter, *au nom du Syndicat*, MM. les docteurs Pessier, de Valleranques et Fisquet, de Sumène.

Le banquet d'usage, un peu moins gai et animé que de coutume, les coryphées de la table et de l'esprit gaulois faisant défaut, a terminé agréablement la journée.

Le Secrétaire,
Dr Bourquet, de Sommières.

REPORTAGE MÉDICAL

Vœux émis par la société médicale des hôpitaux. — 1° Création dans certains hôpitaux de laboratoires affectés aux recherches bactériologiques, chimiques, anatomo-pathologiques, etc., que comporte la clinique ;

2° Augmentation du nombre des médecins du Bureau Central. Cette augmentation comporterait la création de douze nouvelles places. Elle permettrait aux médecins titulaires de services de se faire suppléer plus facilement pendant les vacances par des médecins du Bureau Central. En outre, les médecins du Bureau Central pourraient, quand les médecins titulaires le demanderaient, leur prêter leur concours pour la consultation externe ;

3° S'entendre avec la Faculté de Médecine pour la création de seize chaires supplémentaires de clinique, à mettre à la charge de l'Etat. Le titre à donner aux seize professeurs supplémentaires serait arrêté par le ministre de l'Instruction publique ;

4° Organiser dans les hôpitaux un enseignement des spécialités. Cet enseignement serait payé par les élèves qui le suivraient.

A ce propos, voici le programme du *Progrès Médical* pour l'enseignement clinique dans les hôpitaux. « Les vœux des médecins des hôpitaux, agrégés ou non, sont des vœux platoniques. La Faculté ne fera rien, ne peut rien faire, n'a pas l'argent indispensable.

» C'est donc du côté de la ville de Paris que l'on peut espérer avoir les ressources nécessaires pour l'organisation de l'enseignement clinique dans les hôpitaux, si désirable dans l'intérêt des étudiants, de la société et de la science, intérêts qui doivent passer avant les intérêts personnels. Et, pour terminer, nous résumerons une fois de plus les réformes qui nous semblent indispensables :

» 1° Organisation de laboratoires communs dans les hôpitaux : nomination de chefs de laboratoire, chargés des autopsies, après entente avec les chefs de service ;

» 2° Encouragement, par une subvention, à *tous* les médecins des hôpitaux qui font de l'enseignement ; généralisation progressive de cet enseignement ; organisation ultérieure de l'enseignement municipal de la médecine ;

» 3° Transformation de la Faculté de médecine de Paris en *Faculté supérieure de médecine*, où pourraient être appelés les professeurs des Facultés de province qui se seraient distingués d'une manière spéciale dans leur enseignement ;

» 4° Séparation du corps examinant et du corps enseignant. »

— Sur la demande de M. *Henri Monod, la loi sur les Aliénés* va être examinée par le conseil supérieur de l'Assistance publique qui formulera un avis motivé.

Barème du pouls normal aux différents âges, par le docteur Beugnier Corbeau. — Les recherches très étendues de Langlois démontrent que le pouls varie de fréquence à trois grandes périodes inégales de la vie. De 14 à 45 ans, il reste fixé à un chiffre très proche de 70, sauf des oscillations légères et négligeables ; au-dessus et au-dessous de cet âge il gagne en rapidité.

A la naissance, le pouls de l'enfant est double de celui de la mère. Jusqu'à la 14e année, il diminue de 5 pulsations par an. Si l'on représente l'âge par A, la formule ci-dessous représente cette progression ascendante :

$$P = 140 - 5A$$

ce qui donne pour 10 ans 90 pulsations.

A partir de la 45e année, le pouls remonte parallèlement à l'âge, mais dans des proportions plus faibles que celles de sa descente de tout à l'heure. On peut dire qu'il s'accroît en moyenne d'une pulsation tous les deux ans. Ce qui s'exprime par la formule suivante :

$$P = \frac{140 + A - 45}{2} = \frac{95 + A}{2}$$

avec A valant 90, nous aurions 99 battements, chiffre conforme à celui que l'on trouve dans la pratique. (*Gaz. méd. de Paris*.)

— Sur la proposition de M. le Dr Lutaud, la Société obstétricale a déclaré à l'unanimité qu'il est dangereux pour une femme de reprendre son travail avant un délai minimum de quatre semaines après l'accouchement.

— *Association de prévoyance des médecins du Rhône.* — L'assemblée générale a décidé :

Art. 1er. — Les veuves, femmes, filles, mères ou sœurs de médecins sociétaires, ou décédés sociétaires sont appelées sous le titre d'*auxiliaires donatrices*, à prendre part à l'œuvre des médecins du Rhône.

Art. 2. — La coopération qui leur est demandée consiste : 1° A acquitter une cotisation annuelle de cinq francs ; 2° A donner leur concours personnel à la commission administrative de l'association, soit spontanément, soit sur l'invitation qui leur sera adressée de vouloir bien fournir des indications sur les cas de détresses à se-

courir ; 3° A participer à l'assistance par les démarches personnelles et les moyens divers que leur tact ou leur dévouement leur inspireront comme les moyens les plus propres à améliorer le sort des veuves, femmes, filles, pères, mères, enfants, orphelins de médecins atteints par l'infortune.

Art. 3. — Ces moyens d'assistance dus au concours des dames auxiliaires donatrices, et proposés par elles, seront préalablement soumis à l'examen du Président de l'association, et, s'il y a lieu, à la commission administrative.

Art. 4. — L'intervention charitable des dames auxiliaires-donatrices, dans l'œuvre d'assistance remplie par l'association ne pourra, en aucun cas, ni porter atteinte, ni déterminer de modifications à ses statuts.

Art. 5 — Un règlement sera ultérieurement, s'il y a lieu, proposé par la commission administrative sur les services des dames auxiliaires-donatrices de l'association.

Cette initiative mérite d'être signalée et d'être imitée par les sociétés nombreuses.

— La moyenne des nouveaux *docteurs* est chaque année de 600 et celle des *officiers de santé* de 100 seulement.

— L'Assemblée de la Faculté de Toulouse qui avait tout d'abord invité *l'Association de la presse médicale* à son inauguration a été obligée, faute de temps, de renoncer à cette réception et elle a prié M. le Dr *Cornil* de faire agréer ses regrets.

Infirmier laïque. — Il y a un mois environ, un drame terrible jetait la consternation dans l'hospice de Bicêtre. Un infirmier, M. Raguet, en faisant son service, était assailli à l'improviste par plusieurs fous furieux. Quand on put venir à son secours, le malheureux était dans un état lamentable. Les soins les plus énergiques lui furent prodigués à l'hospice même, où il était soigné, mais les blessures reçues par le pauvre diable étaient des plus graves et il y a trois jours il rendait le dernier soupir. Il y a été enterré le 9 Mai. M. Pinon, directeur, a prononcé quelques paroles sur la tombe. M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, avait envoyé une couronne.

FORMULAIRE DU CONCOURS MÉDICAL

Traitement de la congestion hémorrhoïdale.

1° Le soir, en se couchant, introduire un suppositoire ainsi formulé :

Extrait de ratanhia........ 1 gr.
Onguent populeum........ 3 gr.

2° Au réveil un lavement d'eau froide destiné à évacuer le contenu du rectum, et ensuite un lavement d'un verre d'eau contenant XX gouttes de teinture d'Hamamelis virginica.

3° Deux fois dans la journée XX gouttes de la même teinture à prendre dans de l'eau sucrée.

SOUSCRIPTION CHEVANDIER

3e *liste (suite).*

MM. les Drs Salles, d'Aulnay-de-Saintonge (Charente-Inférieure). — De Welling, de Rouen (Seine-Inférieure). — Combaud, de Sancerre (Cher). — Daprey, de Passy, Paris.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

MM. les docteurs Sabathié, de St-Pierre (Amérique du Nord), présenté par le Dr Ambrozini, de Paris.
— Vacary, de Chambéry (Savoie), présenté par le Dr Marson, de Chambéry.
Desfarges, de Busset (Allier), présenté par le Dr Nouët, de Cusset (Allier).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès d'un membre du Concours médical :
M. le Dr Esparbès, de Toulouse (Haute-Garonne).

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'École de Médecine
4, rue Antoine-Dubois, 4

I. — *La syphilis aujourd'hui et chez les anciens*, par le Dr J. Buret. Prix 3 fr. 50 (net 2 fr. 80 franco).

Le but du médecin qui s'occupe de travaux littéraires doit être d'instruire en amusant : c'est ce qu'a parfaitement compris l'auteur du livre captivant que vient de nous envoyer la *Société d'éditions scientifiques* (rue Antoine-Dubois, 4). *La syphilis aujourd'hui et chez les anciens* — tel est le titre — sera lue avidement par les intéressés qui y trouveront un exposé fort clair de cette pathologie spéciale, dans laquelle s'immortalisa Ricord, et un résumé très pratique du traitement.

La partie historique, qui fourmille d'anecdotes piquantes, fera le régal des lettrés et de ceux qui lisent pour se distraire.

« Le livre de M. Buret, dit la *Gazette des Hôpitaux*, n'est pas seulement un étalage d'érudition, passionnante ; c'est presque une curiosité artistique, et tout le monde voudra l'avoir lu ». Il y a surtout dans l'ouvrage de notre confrère, de bien curieuses révélations sur les mœurs romaines, mais il serait scabreux d'entrer ici dans les détails.

Au point de vue purement médical, nous dirons que l'élève, marchant sur les traces du maître, a tout mis en œuvre pour apporter la lumière dans une question des plus obscures, des plus discutées, et détruire à jamais la légende de l'origine américaine. Grosse entreprise, s'il en fut ! néanmoins, à notre sens, le Dr Buret n'est pas loin d'avoir réussi.

Pour résumer notre appréciation, nous dirons avec la *France médicale* que cet ouvrage, « mis à la portée des gens du monde tout en restant scientifique », est un véritable guide du malade. On sent que la préoccupation constante de l'auteur—qui fait aux charlatans une guerre sans merci — est de vous mettre en garde, petits et grands, contre toute médication inutile ou dangereuse. Lisez ce petit volume : vous n'aurez pas perdu votre temps.

II. — *Bibliothèque générale de Géographie* : Touat, Sahara et Soudan.— Etude géographique, médicale, politique, économique et militaire avec une superbe carte en cinq couleurs, par Camille Sabatier, député de l'Algérie. Prix : 6 francs, net 4 fr. 80.

III. — *Congrès international de psychologie physiologique* ; cécité psychique ; hypnotisme et suggestion, hypnotisme des animaux, audition colorée, statistique des hallucinations, etc. Prix 3 fr. 50.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Les scrutins de liste à l'Association générale et la représentation des médecins de la province.

Lettre du Dr Lardier au Directeur de la *Gazette hebdomadaire*.

Très honoré Confrère,

La réunion générale de notre Société locale a eu lieu ces jours derniers. Le délégué des Vosges, M. le docteur Liétard, de Plombières, nous a communiqué le compte rendu de la dernière Assemblée générale de l'Association de prévoyance des médecins de France. Il m'a appris en outre une chose que j'ignorais absolument, à savoir que mon nom avait été mis en avant et proposé aux suffrages des délégués de la province, en remplacement d'un membre du conseil, décédé. Il m'a même remis le bulletin de vote qui portait mon nom.

Le choix qu'un inconnu a pu faire de ma modeste personne m'a semblé flatteur, mais je n'en ai pas moins trouvé le procédé assez peu correct. On ne m'avait en effet nullement pressenti à cet égard, et je tiens à déclarer que c'est tout à fait *à mon insu* que mon nom a été inscrit sur les bulletins de vote distribués en séance. J'ajoute que si l'on m'avait fait la gracieuseté de me consulter, j'aurais décliné toute candidature.

Je crois donc de mon devoir de protester contre ce procédé qui, je le répète, me semble peu correct et qui ne saurait être considéré comme un témoignage de la délicatesse de la personne anonyme qui, en cette circonstance, a cru pouvoir se dispenser de l'assentiment préalable de l'intéressé.

Je vous serais très reconnaissant, Monsieur et très honoré confrère, de vouloir bien faire connaître, en publiant ma lettre, ma protestation à l'anonyme responsable.

Veuillez agréer, etc.

Dr La

M. *Lereboullet* commente, comme suit, la lettre précédente :

« Cette lettre soulève une question d'ordre général qui ne manque pas d'intérêt. Notre honorable confrère est certainement, nous pouvons le déclarer sans blesser sa modestie, l'un des médecins de province les plus dignes de faire partie du conseil de l'Association générale. Ses études d'hygiène, aussi bien que le zèle avec lequel il défend les questions d'assistance et les intérêts moraux et matériels de ses confrères, l'ont fait appeler à siéger au Conseil supérieur de l'Assistance publique. Nous connaissons son dévouement aux œuvres de charité et de solidarité professionnelles. Nous ne doutons point dès lors qu'il puisse compter sur la sympathie d'un grand nombre des représentants de nos sociétés locales. La protestation qu'il nous prie d'insérer n'en est que plus significative. La question personnelle étant écartée, il convient donc de faire remarquer, à un point de vue général, combien il est toujours regrettable qu'un comité quelconque, surtout un comité anonyme, prétende imposer son patronage à ceux qui n'ont pas été sollicités de l'accepter.

Chacun comprendra la réserve qui nous était imposée lorsque nous avons rendu compte de la dernière assemblée de l'Association générale. Nous n'avions pas voulu faire ressortir ce qu'avait eu d'insolite ce que M. le Dr Cézilly a appelé une protestation « contre la routine habituelle qui règne dans les votes du renouvellement annuel des membres du bureau de l'Association et contre le peu de places laissées dans le Conseil d'administration aux représentants de la province ». Nous nous étions même très énergiquement associé à la mesure libérale qui a permis la distribution, par les huissiers de l'Assistance publique, d'une liste hostile au bureau de l'assemblée. Mais nous pensons que cette liste aurait dû porter une indication d'origine et, avec ceux qui, avant le vote, nous ont exprimé leur étonnement d'y voir figurer leur nom, nous croyons qu'il eût été au moins convenable de leur demander s'ils

acceptaient la candidature qui leur était offerte.

La liberté du vote doit rester entière pour tous les délégués des sociétés locales. Chacun d'eux doit pouvoir à son gré modifier la liste qui lui est proposée par le bureau. La distribution de listes dissidentes peut et doit être autorisée, mais à la condition que l'on sache à l'avance par qui et comment ces listes ont été rédigées. Il y aura peut-être dans les assemblées prochaines à prendre certaines mesures à cet effet.

En parlant de la distribution d'une liste hostile au bureau de l'Assemblée, M. le Dr Cézilly a soulevé la question de la représentation au sein du Conseil général des médecins de la province et diverses propositions analogues ont été déjà émises.

Avant de modifier dans un sens conforme à ces désirs les statuts de l'Association, ne conviendrait-il pas d'établir, par la publication des procès-verbaux de nos séances mensuelles, la liste des membres présents ? Si les délégués de province doivent être astreints à assister à chacune de ces séances, nous doutons qu'un grand nombre d'entre eux sollicitent un honneur assez onéreux. Et s'ils ne répondent pas aux convocations du bureau, nous doutons que leur élection puisse rendre de bien grands *services à l'Association* générale. Il en est de ces réclamations comme de beaucoup d'autres. La critique est aisée lorsqu'on n'envisage les questions d'intérêt général qu'à un point de vue restreint ou personnel.

L.L.

La lettre de notre confrère *Lardier* et les commentaires de M. Lereboullet demandent une réponse ; elle pourrait se résumer en cette phrase : *beaucoup de bruit pour rien* !

Le Dr *Lardier* qualifie d'anonyme la liste qui portait son nom et, quoique flatteur, ce procédé de voter pour lui, sans son assentiment préalable, il le qualifie de peu correct. Mais ce fait se produit tous les jours, en tous lieux, et de plus il suffisait à M. Lardier de lire le *Concours*. Il y aurait trouvé, lors des élections, les lettres de MM. *Mignen*, président de l'Union des syndicats, *Porson*, président du syndicat de Nantes et *Cellier*, président du syndicat de la Mayenne. Ils invitaient publiquement leurs collègues des syndicats, délégués, à venir se concerter le jour de la réunion de l'Association, dans le but d'établir une liste de quelques confrères de province à proposer comme candidats au Conseil général.

La liste était dressée le dimanche, sans qu'on eût songé le moins du monde, à la nécessité d'obtenir, au préalable, l'assentiment de MM. Chevandier, Gibert, Gassot et autres. On les inscrivait sans aucune chance de leur assurer une majorité. On ne recherchait qu'une indication pour des élections futures et afin d'obéir à un regret, bien des fois exprimé par des délégués de diverses Sociétés locales, non suspects d'hostilité vis-à-vis de l'Association.

Il n'y a donc rien d'anonyme et de fâcheux dans ce minuscule incident ; M. Lardier en aura un bénéfice assuré. Si un jour il se ravise et ne décline plus la candidature, il sera nommé non seulement par ses collègues des syndicats, mais encore par tous les membres du bureau de l'Association dont sa protestation n'est pas pour lui rendre les suffrages défavorables. Au contraire !

En ce qui nous concerne, nous n'avons jamais pensé à demander à notre confrère son assentiment, lorsque nous le mettions en scène, à tant de reprises, depuis des années, pour rendre justice à ses mérites, pour dire que c'est à sa propagande que le *système Landais* d'assistance, si bien étudié dans le *Concours* par le président de l'Union, le Dr Mignen, longtemps avant que le nom de M. Lardier fût prononcé, devait d'avoir pris la dénomination de *système vosgien*.

C'était aussi à la notoriété que nous avions procurée aux efforts de notre collègue qu'il devait sa nomination au Conseil supérieur de l'Assistance publique. Depuis dix ans nous l'avions ap-

FEUILLETON

Invidia medicorum pessima !...

Depuis longtemps je désire faire justice de ce dicton perfide, inspiré un jour de colique ou de mauvaise humeur à je ne sais quel misanthrope, qui voudrait faire croire que les médecins n'ont pas de plus grand souci que de couper les chardons sous la dent de leurs voisins.

Je ne connais rien de méprisable comme l'envieux qui s'acharne contre ceux qui ne lui ont jamais nui et dont il ne redoute aucun préjudice : le seul fait qu'on jouit d'un bien, dont il est privé, suffit pour qu'il vous déteste. N'est-ce pas inique ?

La Fontaine, dans une de ses fables, a dénoncé cette vilaine maladie, ordinaire aux gens qui exercent la même profession, suivent la même carrière et ne peuvent souffrir qu'un concurrent vienne manger au même râtelier.

Quand des chiens étrangers passent par quelque endroit,
Qui n'est pas de leur détroit,
Je laisse à penser quelle fête !
Les chiens du lieu, n'ayant en tête
Qu'un intérêt de gueule, à cris, à coups de dents,
Vous accompagnent ces passants,
Jusqu'aux confins du territoire.
Un intérêt de bien, de grandeur et de gloire,
Aux gouverneurs d'Etats, à certains courtisans,
A gens de tous métiers en fait tout autant faire.
On nous voit tous, pour l'ordinaire,
Piller le survenant, nous jeter sur sa peau.
La coquette et l'auteur sont de ce caractère :
Malheur à l'écrivain nouveau !
Le moins de gens qu'on peut à l'entour du gâteau
C'est le droit du jeu, c'est l'affaire.

Dans cet acte d'accusation, il n'est pas question des médecins : Je me plais à le constater dans ce journal, qui voudrait pouvoir établir un droit prohibitif contre toute atteinte portée à l'esprit de bonne confraternité, qui a pour but l'union de tous les membres de notre grande famille.

Oh ! certes, tout n'est pas irréprochable et les hommes restent des hommes, quelle que soit leur culture intellectuelle. — Or, l'existence moderne nous transforme en bandes de *struggle-for-lifeurs*, courant fiévreusement à la conquête du bien-être.

Pour vivre, le sauvage tue et l'homme civilisé se tue.

On lutte pour s'élever, on lutte pour ne pas déchoir, on lutte toujours et sans trêve, comme sans merci. Il y a des vainqueurs et des vaincus dans la mêlée, et il ne faut pas s'étonner outre mesure, si quelques renards évincés grognent en face de la treille qu'ils n'ont pu atteindre.

puyé et réconforté, dans ses découragements fréquents, ses luttes, ses difficultés.

De son côté, il ne nous avait pas ménagé ses conseils et parfois notre ami nous avait asséné de lourds pavés, dans la meilleure intention. Il ne pouvait nous venir à la pensée qu'il s'offenserait d'être associé à une manifestation platonique, dans l'excellente compagnie de ses camarades de campagnes professionnelles.

Il eût donc pu se dispenser d'adresser sa rectification à la *Gazette hebdomadaire* et,s'il y tenait, elle aurait moins détonné dans les colonnes du *Concours* qui a si souvent accueilli ses communications.

Cependant nous remercions M. Lardier, car il a provoqué les commentaires de M. Lereboullet. Ils ont quelque intérêt.

Bien des fois et sans succès, des délégués ont protosté « contre la routine habituelle qui règne dans les votes du renouvellement annuel des membres du bureau de l'Association ; contre le peu de places laissées dans le conseil d'Administration, aux représentants de la province ».

En avril 1891, par exception, la liste officielle a vu se dresser, en face d'elle, une modeste liste de quelques noms, et ses auteurs ont demandé pour elle les honneurs de la distribution par nos huissiers de l'Association. Ils n'étaient donc pas anonymes, puisqu'ils réclamaient cette distribution ! Voilà l'indication d'origine qu'exigent MM. Lereboullet et Lardier.

M. Lereboullet se fait un mérite, auquel nous souscrivons d'ailleurs, d'avoir *énergiquement* appuyé cette demande qui n'a rien d'insolite et qu'on ne pouvait refuser d'admettre. Quels étaient donc ceux qui le forçaient ainsi à déployer cette énergie?

Oui, la liberté du vote doit rester entière pour tous les délégués. Ils doivent pouvoir choisir entre plusieurs listes. Le Bureau en propose une ; chaque délégué peut proposer la sienne ; il la dépose et n'a nul besoin de la faire revêtir de signatures.

Nous applaudirons à la publication des procès-verbaux des séances mensuelles du Bureau de l'Association et de la liste des membres présents ; les membres du bureau de province ne seront pas astreints à assister à toutes les séances, plus que ceux de Paris ; ils solliciteront l'honneur de faire partie de ce bureau et, si cet honneur est *onéreux*, comme le dit M. Lereboullet, il est bien aisé de leur allouer des jetons de présence et des frais de déplacement. L'Association possède les ressources suffisantes pour rendre faciles à remplir les fonctions d'intérêt général et on votera ces fonds à l'unanimité ; c'est ainsi qu'on procède à la *caisse des pensions de retraite du corps médical*, et personne ne s'en plaint.

L'élection des membres de la province en plus grand nombre n'aura pas les inconvénients signalés par M. Lereboullet. Il voit donc que les critiques adressées au mode de votation habituel sont fondées, que l'intérêt général est lié à sa modification et que nous n'envisageons pas ces questions à un point de vue restreint. Pourquoi M. Lereboullet ajoute-t-il personnel ? Ce mot était de trop.

A. C.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'enseignement pratique de la médecine.

Nous lisons dans la *Gazette des hôpitaux* le Premier-Paris suivant qui exprime des idées bien justes :

« M. le professeur Bouchard, qui exerce les fonctions d'inspecteur général de l'enseignement supérieur près des Facultés de médecine, s'est vivement ému des modifications que l'on propose de toutes parts de faire subir à notre enseignement médical parisien ; et, dans la dernière assemblée des professeurs, il a fait inscrire à l'ordre du jour la question suivante : *Des réformes à introduire dans la scolarité et dans l'enseignement médi-*

Il n'y a pas de bergerie qui ne contienne des brebis galeuses, et, comme notre troupeau scientifique comprend de quinze à seize mille têtes de bétail humain, on comprend qu'il puisse s'en trouver quelques-unes dans le nombre, qui ne soient pas supérieurement organisées, qui possèdent des fissures, par lesquelles les sentiments mesquins et les basses convoitises ont pu s'insinuer ; mais enfin ce n'est pas la règle, loin de là. — J'estime, au contraire, que notre corporation a presque le monopole des grands dévouements, des larges conceptions humanitaires, de la charité la plus tolérante, qu'elle exclut par conséquence toutes les bassesses, toutes les jalousies, toutes les petitesses.

La jalousie professionnelle a été classée récemment par M. Maurice de Fleury de la façon suivante : Au premier rang, et de beaucoup, messieurs les explorateurs et géographes du continent noir ; ils font semblant de se sauver les uns les autres, et se dévorent de leur mieux, ni plus ni moins que des anthropophages, qu'ils fréquentent trop, voyez-vous! Livingstone se portait bien, Emin-Pacha se trouvait à merveille. Stanley a fait semblant d'aller les délivrer, simplement pour les amoindrir, et il en a dit pis que pendre !

Puis viennent les statuaires, et les peintres, sitôt près. Ce sont, ensuite, les actrices, bonnes petites camarades qui se déchirent à qui mieux mieux. Les gens de lettres, gens d'esprit, ont, eux aussi, la raillerie cruelle. Et tout en bas, tout en bas de l'échelle — bien au-dessous des philosophes, des astronomes et des avocats — les moins malicieux sont encore les médecins, qui ne haïssent guère que les charlatans trop connus.

Il y a beaucoup de vrai dans cette déclaration et je vais essayer de le démontrer, en élargissant ce cadre, en y ajoutant de plus amples constatations.

. . . .

Il n'a pas été question tout à l'heure des militaires, que je ne veux pas déprécier pour cela ; mais depuis les temps les plus reculés, leurs rivalités ont ensanglanté les peuples. La pièce de Sardou, Cléopâtre, a naguère fait revivre le désastreux antagonisme d'Octave et de Marc Antoine.

Aujourd'hui, entrez dans n'importe quel café de province, hanté par des officiers, où sous chaque table s'allongent des pantalons garance, où sur chaque tabouret s'épanouissent des uniformes galonnés. Les uns apprennent la stratégie en faisant manœuvrer le double-six, les autres se livrent à des expériences d'ingurgitations diverses, ceux-là cuvent leur absinthe, en faisant semblant de penser à quelque chose ; d'autres devinent les rébus de l'*Illustration* ou lisent le journal jusqu'à la signature

cal, Cette question doit être discutée dans l'assemblée plénière des professeurs ; c'est dire que l'on comprend enfin les nécessités des réformes que nous avons tant de fois réclamées dans ce journal.

Ce n'est pas seulement l'enseignement clinique qui est insuffisant à la Faculté de Paris, c'est la base même de tout l'enseignement médical qu'il faut remanier. La science a marché depuis qu'existent les règlements en vigueur ; et ceux-ci sont devenus depuis longtemps défectueux. Il faut donc féliciter M. le professeur Bouchard de sa courageuse initiative.

La Faculté a une double mission ; créer des praticiens d'abord, et faire progresser la science médicale. Du côté scientifique, nous n'avons rien à dire. La Faculté de Paris tient bien et honorablement son rang ; mais remplit-elle tout son devoir vis-à-vis des étudiants ? Evidemment non. Et, cependant, elle a en main tous les éléments pour bien faire. Regardons ce qui se passe pour l'anatomie et la médecine opératoire ; les élèves ont, pour cet enseignement, près de trente professeurs entre lesquels ils sont répartis : professeur d'anatomie, chef des travaux anatomiques, prosecteurs, aides d'anatomie, etc. Avant d'apprendre à un élève la texture du bulbe rachidien, on lui montre les rudiments de la science anatomique, on le guide, on le dirige, on l'instruit en un mot. Pour l'obstétrique, qui était jusqu'ici si peu enseignée aux élèves, les professeurs titulaires ont essayé de faire ce que fait leur collègue d'anatomie. Ils ont avec eux chefs de cliniques, aides de cliniques, moniteurs d'obstétrique, etc., et répartissent l'enseignement de façon à en faire un tout complet, avec un début, un milieu et une fin. Rien de semblable en médecine et en chirurgie. En dehors du professeur, rien, plus d'enseignement : la leçon clinique hebdomadaire, souvent bi-hebdomadaire, et c'est tout. Mais l'élève, qu'on va sacrer docteur, a-t-il jamais tenu un spéculum entre ses mains ? A-t-il jamais placé une attelle, roulé une bande, appliqué un appareil plâtré, toutes choses qui ne seront que la menue monnaie de sa pratique future ? Il est triste de dire que le stagiaire, c'est-à-dire l'élève de la Faculté, n'a été initié à aucune de ces choses. Et ce serait folie que d'exiger, avec l'organisation actuelle de notre enseignement, que le professeur de clinique soit parvenu au grade élevé où l'ont élevé ses éminentes qualités, pour enseigner aux élèves comment on pose un sinapisme ou comment se donne une injection. Le rôle du professeur de clinique est tout autre. Mais il n'en est pas moins vrai que l'élève a besoin de ces rudiments indispensables et qu'ils ne lui sont nulle part enseignés.

Pour remédier à ce mal, si patent qu'il a fini par émouvoir les professeurs eux-mêmes, on propose d'adjoindre à la Faculté vingt à trente médecins et chirurgiens des hôpitaux, qui participeront à l'enseignement clinique. Mais alors, ce sera vingt ou trente fois la même chose, et l'élève ne sera pas davantage instruit de l' *a b c* de son métier. Il faut faire, pour la clinique médico-chirurgicale, ce qui se fait avec tant de succès pour l'anatomie ; il faut multiplier les enseigneurs subalternes ; il faut faire apprendre les éléments par des jeunes, par de tout jeunes, qui peuvent encore se livrer à cet enseignement aride et ingrat de la propédeutique. En un mot, dans l'armée universitaire, l'état-major est suffisant, trop nombreux peut-être, ce sont les sous-officiers qui manquent. »

De l'antisepsie en gynécologie et en obstétrique.

Pour M. *Auvard*, quand l'antisepsie a été soigneusement faite pendant la grossesse et l'accouchement, les injections vaginales sont inutiles pendant le *post partum*. D'autre part, les injections doivent être très bien faites, sinon elles seront la cause d'une inoculation septique. Avec une garde bien stylée, on peut prescrire une injection vaginale le matin au moment de la première toilette et trois ou quatre autres toilettes

---

du gérant, jusqu'aux réclames dans lesquelles un curé de campagne exprime sa naïve gratitude d'être enfin guéri d'une constipation opiniâtre.

Bref, ils charment de façon aussi variée qu'intelligente les loisirs que Mars laisse à ses enfants.

Mais, dans leurs intéressantes conversations, il y a une chose qui revient toujours, qui domine tout, c'est celle de l'avancement, cette thèse inépuisable des ambitions et des rancunes à épaulettes ! — Quelle ample matière à récriminations, énoncées d'une voix retentissante. Comme on maudit les privilégiés, les favoris, qui passent au choix, qui sont décorés avant les anciens, etc...

Il n'y a rien de pareil chez nous, on en conviendra.

Si nous jetons un coup d'œil sur le commerce, nous nous heurtons à une jalousie encore plus grossière. Il n'est pas d'épicier ayant connu le commercial déshonneur de l'attouchement d'un huissier, qui n'accuse son plus proche voisin, dont les inventaires sont superbes, de mettre de l'eau dans son vin (je veux dire celui qu'il vend au public), et ne suspecte l'innocence des plateaux dont il se sert.

Plus on descend bas, plus les convoitises des petits et des humbles sont âpres et mordantes : Faméliques et replets, humbles et vaniteux, trébuchants et parvenus, semblent prêts à s'entre-dévorer. — On grise les mineurs, les ouvriers, avec de grands mots vides de sens et ils n'aspirent qu'à déloger les bourgeois et les capitalistes, pour se mettre à leur place.

Et les cancans de la portière, croyez-vous qu'ils épargnent aucun des locataires de la maison, même les plus généreux ?

Les cuisinières de Paris tiennent, chaque matin, chez la fruitière ou chez le boulanger, les assises devant lesquelles comparaissent leurs maîtres, et le jury, inutile de l'écrire, n'est jamais indulgent.

En somme, la méchanceté humaine s'élance à la grimpée des monts, tout comme elle se glisse dans la plaine ; on la trouve partout bien armée, aussi bien dans la patrie d'Ophélie que dans celle de Tartarin.

La mort récente d'Octave Feuillet, l'écrivain délicat, qui n'a jamais consenti à mêler la moindre parcelle de cuivre à l'or fin de son style, n'a-t-elle pas eu pour résultat de réveiller les âcres colères de nos plus redoutables oseurs, des nouveaux Philistins qui croient avoir conquis Israël et préfèrent ce qui sent le torchon à ce qui fleure l'iris ?

(*A suivre.*) Dr Grellety (de Vichy).

vulvaires dans le courant des vingt-quatre heures. On se servira d'une solution phéniquée à 1/100.

Pour les injections intra-utérines, utiles seulement dans les accidents septicémiques et dont il a perfectionné le manuel opératoire, M. Auvard se sert soit de solution phéniquée à 1/300, soit de solution de sublimé à 1/4000. Pendant les trois jours qui suivent l'accouchement, il vaut mieux employer l'acide phénique, l'absorption étant encore possible, vu l'état de la plaie placentaire ; après trois jours, on emploiera avec plus de succès le sublimé dont l'action est plus énergique. On commencera l'injection avec le sublimé pour la terminer avec l'acide phénique.

REVUE DE CHIRURGIE

Traitement antiseptique des plaies traumatiques.

I

La méthode antiseptique a depuis quelques années considérablement élargi le champ de la chirurgie. Elle a permis d'intervenir avec succès, dans les affections de l'utérus et de ses annexes, dans certaines maladies du rein, du foie, de la rate.... La chirurgie de luxe, la chirurgie de complaisance, a pu, sous son couvert, naître et se développer. Aussi bien n'est-ce pas ce sujet que nous voulons traiter. Plus modeste, mais non moins utile, notre but est de montrer combien la chirurgie journalière, ce qu'on appelle trop dédaigneusement peut-être la petite chirurgie ou même l'ancienne chirurgie, a bénéficié des conquêtes de Lister et de Pasteur. Nous répondrons ainsi au désir exprimé par plusieurs de nos confrères de voir exposé dans ce journal le traitement actuel des plaies traumatiques.

Il n'est pas loin encore le temps où toute solution de continuité était, comme on l'a dit, une porte ouverte pour la mort. La septicémie, l'infection purulente, l'érysipèle, le tétanos guettaient tout blessé, atteint de fracture compliquée ou de plaie pénétrante articulaire : il ne guérissait, du moins dans nos milieux hospitaliers, qu'au prix de suppurations prolongées, souvent de la perte d'un membre, souvent aussi d'infirmités incurables.

Tous ces accidents ont aujourd'hui disparu ; la chirurgie conservatrice affirme de plus en plus ses droits. Et pour obtenir ces résultats, il ne s'agit pas de procédés compliqués, à la portée seulement des grands maîtres ; il suffit d'être *propre*, la propreté, n'étant pas, il est vrai, toute l'antisepsie, mais son élément primordial, souvent suffisant, en tout cas indispensable. Ces conditions, le praticien peut les réaliser toujours et partout.

Après quelques détails sur le matériel antiseptique nécessaire, nous esquisserons le traitement applicable à toute plaie. Nous terminerons par un exposé sommaire de la conduite à tenir dans certains cas particuliers : plaies de tête et des membres, fractures compliquées, plaies pénétrantes des articulations.

II

La trousse classique doit disparaître : outre qu'elle renferme nombre d'instruments démodés, difficiles à nettoyer, dont on ne se sert guère, elle manque de certains autres, d'usage commun. Aussi tout praticien doit se créer un petit arsenal chirurgical : deux bistouris à manche métallique, une douzaine de pinces hémostatiques, une pince à disséquer, des aiguilles droites et courbes, fortes, avec ou sans porte-aiguille, un stylet, une sonde cannelée. L'aiguille de Reverdin est commode, mais son prix est élevé, sa construction délicate, sa propreté difficilement assurée. Qu'on y joigne du fil de soie, de lin ou de chanvre, assez gros, quelques paquets de coton hydrophile et gaze iodoformée, salolée ou phéniquée, on aura tout ce qui est nécessaire pour la chirurgie courante : inciser, débrider, lier, suturer, panser. On pourrait à la rigueur faire une amputation.

Dans les cas urgents, on peut se servir avec avantage d'eau de fontaine, bouillie et refroidie, pour nettoyer la plaie, tremper les instruments, imbiber les tampons d'ouate. L'eau-de-vie, qu'on trouve dans toutes les maisons, est un précieux adjuvant. Mais quand la plaie est souillée, il est bon d'user d'antiseptiques. L'acide phénique et le bichlorure de mercure sont les plus employés. On les formulera ainsi :

a)	R.	Acide phénique...........	50 gr.
		Alcool....................	50 gr.
		Eau filtrée et bouillie.......	900 gr.
b)		Bichlorure de mercure.......	1 gr.
		Alcool....................	50 gr.
		Eau filtrée et bouillie......	950 gr.

Dédoubler ces solutions, avec de l'eau filtrée et bouillie avant de s'en servir.

Le bichlorure est remplacé avantageusement par le biiodure de mercure, qui est plus antiseptique.

c)	R.	Biiodure de mercure,	0,50 centigr.
		Iodure de potassium,	0,50 centigr.
		Alcool..............	50 gr.
		Eau filtrée et bouillie.	950 gr.

Les solutions boriquées sont indiquées quand la plaie intéresse une muqueuse ou avoisine un organe délicat tel que l'œil. Peu antiseptique l'acide borique ne possède qu'un degré de solubilité faible dans l'eau (4 pour 100 à chaud).

Le naphtol est plus antiseptique, mais plus irritant : on le prescrit en solution saturée dans l'eau.

La teinture d'iode, le chlorure de zinc à 1 pour 10, la créosote constituent des antiseptiques puissants très précieux dans les plaies virulentes.

Le praticien aura chez lui des solutions mères titrées d'acide phénique et de sublimé, afin de pouvoir à tout instant improviser une solution antiseptique. Il lui sera loisible d'utiliser à cet effet les petits paquets antiseptiques, qu'un décret récent vient de mettre entre les mains des sages-femmes.

Peut-être nous saura-t-on gré aussi d'indiquer un procédé rapide et pratique pour se désinfecter les mains, quand ayant assisté une femme atteinte d'infection puerpérale, par exemple, on est appelé à traiter une fracture compliquée, une plaie articulaire..... Il suffit de faire dissoudre dans l'eau quelques cristaux de permanganate de potasse, conservés dans un flacon bouché à l'émeri et d'y plonger les mains et les avant-bras, préalablement lavés, à la brosse et au savon, jusqu'à ce que la peau soit colorée en brun foncé. Le permanganate de potasse détruit toutes les matières organiques, par suite les micro-organismes en les

oxydant. Pour enlever l'excès de permanganate et rendre à la peau sa blancheur, on se lavera dans une solution de bisulfite de soude à 5 pour 1000.

Les instruments seront toujours l'objet d'un soin spécial : ils doivent être maintenus dans un état de propreté parfaite. La brosse et le savon sont indispensables. Avant de s'en servir on plongera pendant dix minutes dans l'eau bouillante, ou bien on les passera dans la flamme d'une lampe à alcool, ou mieux on les fera flamber pendant une minute dans un récipient métallique contenant de l'alcool en flamme. Pendant l'intervention on les déposera dans un plat contenant une solution phéniquée.

Quelques tampons d'ouate hydrophile, gros comme une noix, seront placés dans une solution d'acide phénique ou de sublimé : exprimés, ils constituent de bonnes éponges.

III

Dès que le médecin arrive auprès d'un blessé, il doit momentanément recouvrir la plaie de pièces antiseptiques, quelle que soit sa variété. Cela fait, on pourra transporter le malade, le déshabiller..... sans risquer de le contaminer, si la contamination n'est pas déjà faite. Il faut procéder ensuite à un nettoyage soigné de toute la région qui entoure la plaie. User largement de la brosse et du savon, raser, s'il en est besoin. Laver toujours en allant de la plaie vers la périphérie. Laver, la plaie restant couverte par le pansement provisoire, avec éther, chloroforme, alcool, solution d'acide phénique ou de sublimé, avec de l'eau commune bouillie, en un mot avec ce qu'on a sous la main. Le champ opératoire étant très propre, découvrir la plaie, la déterger soigneusement, enlever tous les corps étrangers : caillots de sang, graviers, débris de vêtements, fétus de paille, éclats de verre, esquilles osseuses. La nettoyer avec une solution d'acide phénique ou de sublimé. Il faut se montrer très sobre d'exploration dans les plaies des parois abdominales, des parois thoraciques, des grandes articulations, à moins qu'il n'y ait indication d'intervention immédiate. En tout cas, on ne « sonde la plaie » qu'avec des instruments idéalement propres, c'est-à-dire bouillis et flambés. On se gardera d'aller à la recherche d'une balle, pour en pratiquer l'extraction. On n'est autorisé à l'extirper qu'autant qu'elle est superficielle, à fleur de peau, et encore faut-il s'entourer de précautions antiseptiques.

Y a-t-il hémorrhagie, on cherche l'artère coupée, on en pince les deux bouts, autant que possible, avec des pinces hémostatiques et on les lie.

Les plaies des tendons, des nerfs seront la source d'indications spéciales, que nous allons retrouver plus loin.

Le drainage donne beaucoup de sécurité : aussi ne faut-il pas craindre de l'employer. Il permet de faire des sutures, même avec des tissus meurtris. On se sert de crins de Florence ou de fils de soie.

Les pansements exclusifs avec le collodion iodoformé ou salolé donnent de bons résultats dans certaines plaies nettes et étroites. Quand, par exemple, on a à soigner ces malades atteints d'une plaie de l'abdomen, pénétrante ou non, ce mode depansement est excellent. Mais, dans les circonstances ordinaires, c'est à la gaze iodoformée ou salolée et à l'ouate hydrophile qu'on donne la préférence. Les plaies virulentes, infectées, exigent des bains locaux antiseptiques, suivis de l'application de compresses imbibées d'une solution de sublimé ou d'acide phénique.

A l'exception du pansement humide, tous les pansements doivent être rares. On peut, suivant les cas, les laisser en place pendant 8 jours, 15 jours, 3 semaines ou un mois. On se laisse guider par la marche de la température.

IV

Plaies du cuir chevelu. — Elles sont variables dans leur étendue et leurs lésions anatomiques. Habituellement, quel que soit le corps vulnérant, les lèvres de la solution de continuité sont nettement coupées. Une disposition fréquente, c'est le décollement du cuir chevelu, qui a glissé sur le plan résistant formé par les parois du crâne. L'hémorrhagie n'est pas chose rare, et, comme les vaisseaux sont maintenus béants par les tissus fibreux dans lesquels ils cheminent, il peut être difficile de les rechercher pour les lier. La compression est un moyen efficace, auquel on ne manquera pas d'avoir recours.

Autrefois une plaie du cuir chevelu était souvent suivie d'érysipèle, d'infection purulente, de phlébite des sinus, etc. Aujourd'hui, toutes ces complications n'existent plus, si on a le soin de traiter la plaie antiseptiquement et de réunir la solution de continuité. Après avoir lavé les téguments et pratiqué une large tonsure autour de la plaie, on débarrasse cette dernière de tous les corps étrangers qu'elle peut contenir et on la nettoie avec une solution antiseptique. Les lambeaux sont soulevés, soigneusement abstergés à leur partie profonde : parfois un petit caillot obstrue une artère, il suffit de l'enlever, pour voir l'hémorrhagie reparaître ; on l'arrête soit par la ligature, soit par la compression. Si le vaisseau ne peut être saisi, on passera un fil de suture, de telle sorte qu'après striction, le vaisseau soit lié.

Il ne reste plus qu'à affronter les lèvres de la plaie et pratiquer des sutures, soit avec le crin de Florence, soit avec le fil de soie. Si la plaie est suspecte, on pourra la drainer avec une petite mèche de gaze antiseptique ; c'est au pansement iodoformé qu'on donnera ici la préférence. La compression doit être énergique : elle constitue un élément important de réunion primitive.

Le malade, mis au repos, sera surveillé et sa température prise matin et soir. S'il se produit au bout de 24 ou de 48 heures une élévation thermique, il y a lieu d'enlever le pansement, pour se rendre compte de l'état des parties. Si celles-ci sont gonflées, turgides, soulevées par des liquides accumulés au-dessous du cuir chevelu, il faut sans tarder enlever les points de sutures. La réunion primitive a échoué : on ne peut compter que sur la réunion secondaire. Cette éventualité, qu'il faut bien connaître pour ne pas s'exposer à des mécomptes, est heureusement rare. A l'ordinaire, les suites opératoires sont apyrétiques. Le 6e ou le 8e jour on défait le pansement, la réunion est réalisée, on enlève les fils de sutures. Il suffit d'un 2e pansement laissé en place pendant une huitaine pour obtenir une réunion parfaite.

Plaies de la face. — Elles méritent toute l'attention du médecin : un double intérêt d'attente à la réunion primitive. Une cicatrisation vicieuse des paupières, des lèvres, du nez sera non seulement *disgracieuse,* mais encore accompagnée de

troubles fonctionnels variés (symblépharon, ectropion, trichyasis, atrésie des points lacrymaux)... La face se prête merveilleusement à toutes les réparations. L'étendue des délabrements, la contusion des tissus ne doivent pas arrêter le praticien : les résultats obtenus dépasseront les espérances.

Nous avons peu de chose à dire touchant les sutures et le pansement. Les petites aiguilles courbes montées sur un porte-aiguille conviendront admirablement à la petitesse des lambeaux. Dans les plaies des paupières, le pansement recouvrira l'œil complètement. On interposera une rondelle d'ouate ou de linge fin, pour éviter à la conjonctive et à la cornée le contact de poudres ou de liquides irritants. Il est impossible d'appliquer un pansement régulier sur les lèvres; des ablutions et des irrigations buccales fréquentes, des compresses boriquées en permanence y suppléeront. On pourra employer aussi le collodion salolé.

V

Plaie des doigts, du poignet, de l'avant-bras. — Elles offrent certains types de lésion, qui demandent une description spéciale.

Aux doigts, nous envisagerons deux lésions: la piqûre anatomique et la plaie par arrachement. Comment traiter une piqûre anatomique et par suite toute plaie infectée? Comment traiter une plaie par arrachement?

Jamais une piqûre des doigts, surtout si elle est produite par un objet manifestement infecté, ne doit être négligée ; depuis longtemps déjà on sait qu'il faut la laver, la faire saigner. Si elle est profonde, un peu anfractueuse, il faut pratiquer un débridement avec le bistouri ou ordonner des manilures antiseptiques. On recouvre les doigts de gaze à l'acide phénique et au sublimé. Grâce à ces précautions, l'infection sera conjurée ou restera limitée. Si elle survenait, on se comporterait comme dans les panaris, les phlegmons de la cuisse ou de l'avant-bras, on incise largement, profondément, on draine, on donne des bains de bras antiseptiques, on poursuit les clapiers purulents par des attouchements avec des antiseptiques forts (teinture d'iode, chlorure de zinc) et au besoin par des cautérisations ignées ; en même temps on relève les forces du malade par les toniques et les boissons alcooliques. — Voici un blessé, dont la main a été prise dans un engrenage, les doigts sont en partie détachés, les articulations sont ouvertes, les phalanges fracturées, les parties molles plus ou moins détruites : le bout des doigts ne tient plus que par les téguments. Les vieux chirurgiens se gardaient bien de rien enlever. Après des péripéties variées et des accidents souvent graves, les parties détachées se réparaient et l'on était surpris de voir tel lambeau, qui paraissait voué au sphacèle, se souder ; en sorte que, finalement, la mutilation était moins grande qu'on ne le supposait au premier abord. Aujourd'hui cette règle est absolue. Les parties ayant été bien nettoyées et lavées avec une solution antiseptique, on s'occupe de chaque doigt isolément. Après avoir coapté les fragments de façon parfaite, on enroule tout autour du doigt un morceau de gaze iodoformée, qui remplace avantageusement la lanière de diachylon dont se servaient les anciens chirurgiens. La gaze ainsi enroulée sert à la fois d'attelle et de pansement antiseptique. Chaque doigt ayant été traité de la même manière on les isole avec de l'ouate hydrophile. Le pansement est complété avec de l'ouate ordinaire et une bande. Il faut emprisonner non seulement la main, mais encore l'avant-bras. Surveiller la température du malade. Ne pas enlever le pansement avant 1 mois. On trouvera les lambeaux soulevés, la plaie franchement bourgeonnante. Nous proscrivons la planchette des anciens chirurgiens. Elle a l'inconvénient d'ankyloser les doigts et le poignet dans la rectitude. Il sera impossible plus tard d'obtenir la flexion. Dans tous les pansements de la main, on doit placer les doigts dans la demi-flexion. On réalise facilement cette attitude, en plaçant dans la paume un tampon d'ouate gros comme une orange, que le malade tient serré; par-dessus on applique le pansement. Le tétanos, si fréquent autrefois dans les plaies par arrachement, est maintenant exceptionnel.

Voici un autre malade qui vient de se faire avec des éclats de verre, une plaie de la paume de la main, du poignet, ou du coude. Précisons davantage et supposons qu'il s'agit d'une solution de continuité intéressant le poignet. La plaie occupe la face antérieure, elle est transversale ou oblique, assez profonde. Il y a hémorrhagie, les tendons sont coupés, le cubital et le médian sont intéressés. Que faire? Passer d'abord au plus pressé.

Si les artères coupées (radiale ou cubitale) ne sont pas rétractées dans leur gaine, on jette rapidement sur elles des pinces hémostatiques. Mais il se peut qu'elles ne soient ni visibles, ni accessibles : dans ce cas on peut employer un autre procédé, surtout applicable quand le praticien est seul, privé d'aides et des ressources offertes par un service hospitalier. Après avoir appliqué sur la plaie une compresse antiseptique, car l'antisepsie ne doit jamais perdre ses droits, on roule seulement une bande d'Esmarch ou, à son défaut, une bande ordinaire, qu'on assujettit au tiers inférieur du bras. Grâce à cette hémostase, le praticien peut à son aise répondre à toutes les indications. Il recherche les bouts des artères et les lie. Au besoin il fait les débridements nécessaires. Les tendons sectionnés sont rapprochés et suturés. Parfois ils sont rétractés dans leurs gaines et difficiles à atteindre : on fléchit le poignet pour rapprocher leurs extrémités, on presse sur les masses musculaires pour les faire descendre, on débride les gaines pour aller les saisir. S'ils sont sectionnés, le nerf cubital et le nerf médian seront réunis ; à cette suture nerveuse s'attache un intérêt capital. On utilisera pour les sutures le catgut ou, à son défaut, le fil de soie.

Drainage profond et sutures des téguments. Pansement iodoformé et ouaté, la main et le poignet sont placés dans la demi-flexion et immobilisés dans cette situation par le pansement. La surveillance du malade au point de vue de la température permet d'apprécier le moment opportun où le pansement pourra être renouvelé. En détergeant la plaie, il faut avoir bien soin de la débarrasser de tous les éclats de verre qui peuvent l'obstruer ; sinon on sera étonné de voir que la plaie ne se referme pas, qu'il survient des hémorrhagies secondaires jusqu'au jour où ils auront été éliminés. Cette remarque est d'autant plus importante, qu'elle s'applique à tous les corps étrangers qui empêchent la réunion primitive.

VI

Fractures compliquées. — La fracture compliquée, la fracture avec plaie, ne doit plus aujourd'hui entraîner la mort du blessé ; ce n'est même que dans des circonstances rares qu'elle indique l'amputation. Autrefois la mutilation des membres n'était pas discutable et nombre d'opérés, malgré ce sacrifice, mouraient d'infection purulente, de gangrène gazeuse, d'érysipèle, d'embolie et de phlébite...

Et cependant, y a-t-il chose plus simple que le traitement d'une fracture compliquée ?

Prenons pour exemple, la fracture des jambes classique, la fracture en V avec issue du tibia à travers les téguments. Laissons de côté les grands délabrements produits par les roues de tombereau, les éboulements, les chemins de fer, où il y a attrition de tous les tissus, depuis la peau jusqu'au squelette. Ce n'est plus une fracture ordinaire, c'est un écrasement total. L'amputation est commandée. Ici encore, l'antisepsie a fait ressentir ses bienfaits. Si le malade ne meurt pas du shock ou d'hémorrhagie (l'hémorrhagie est rare) et si le praticien est appelé à temps, avant que les tissus contus aient été infectés, il peut par une amputation immédiate, pratiquée très haut et avec des précautions antiseptiques, avec les seuls instruments que nous avons indiqués, conjurer tous les accidents d'infection et notamment de gangrène gazeuse, auquel succombaient jadis les malades. Il sera prudent, en l'espèce de drainer largement et de ne réunir qu'imparfaitement la plaie. L'apparition de la fièvre et de symptômes généraux obligerait à faire sauter tous les point de sutures. Ordinairement, avec le drainage, la réunion se fait en 2 temps : dans une partie, elle est primitive, dans l'autre elle est secondaire.

Revenant à la fracture compliquée, nous allons donner avec quelques détails, la conduite à tenir par le chirurgien. Le malade étant couché, il faut, toute chose cessante, recouvrir la plaie d'un antiseptique (poudre d'ioforme et gaze iodoformée, compresses phéniquées, compresses au sublimé, etc.) Cela fait on procède à un nettoyage parfait du membre autour de la plaie. On lave ensuite avec une solution d'acide phénique ou de sublimé. La plaie se trouve au milieu d'un large champ antiseptique.

Nous la traitons comme nous l'avons déjà fait plus haut. S'il y a hémorrhagie, on l'arrête. Nous pratiquons des attouchements avec des tampons d'ouate imbibés d'une solution phéniquée à 5 pour 100 ou de liqueur de Van Swieten, ou d'alcool. Nous évitons de pénétrer profondément de peur d'apporter nous-mêmes dans nos manœuvres les germes infectieux au foyer même de la fracture. Là-dessus, nous saupoudrons d'iodoforme, nous réduisons la fracture, et nous faisons un pansement avec une couche assez légère d'ouate hydrophille et d'ouate ordinaire.

On prépare des attelles plâtrées dont les dimensions soient en rapport avec le volume de la jambe entourée d'un pansement. Nous recommandons le plâtre de préférence à l'appareil de Scultet ou au silicate.

Le plâtre étant sec, on pratique avec les cisailles de Liston une fenêtre au niveau du siège de la plaie. Les jours suivants, on surveille la température du malade ; habituellement elle ne dépasse pas la normale et le malade guérit sans encombre à la fois de sa fracture et de sa plaie.

Parfois cependant, sans phénomènes infectieux graves, la plaie fournit un peu de suintement séro-sanguin et même séro-purulent (on n'est jamais sûr d'éviter une légère infection) ; il peut être utile au cours de la consolidation de renouveler le pansement. La chose est d'autant plus aisée qu'à travers la fenêtre taillée sur le plâtre, on peut découper le pansement, voir la plaie, surveiller son évolution, la déterger, la toucher avec des antiseptiques, le tout sans mobiliser les fragments et nuire à leur consolidation. Dans quelques cas, le fragment osseux soulève la peau à tel point qu'il y a imminence de plaie ou de gangrène ultérieure par compression. Ce sera une invitation formelle à se comporter comme s'il existait une plaie.

On nettoiera la région, on la recouvrira d'un pansement antiseptique et, après réduction de la fracture, on appliquera des appareils inamovibles. On pourra attendre sans crainte toutes les éventualités. Si la peau s'ulcère et si la plaie vient à communiquer avec le foyer de la fracture, le blessé sera à l'abri de tout danger, parce que ces phénomènes se seront passés dans un milieu aseptique.

Après les fractures compliquées, nous devons dire quelques mots des plaies articulaires. Elles doivent rentrer dans le cadre des fractures avec plaie, sinon au point de vue de l'étiologie, du moins au point de vue des complications possibles, de la gravité du pronostic, du mode de traitement. L'articulation est-elle largement ouverte, y a-t-il en même temps fracture, esquilles osseuses, corps étranger ? On pratique avec minutie l'antisepsie de la région. On draine avec de gros tubes en caoutchouc ; dans certains cas même on suture la synoviale et les téguments. Après avoir appliqué un pansement iodoformé et ouaté compressif, on immobilise la jointure dans une gouttière plâtrée. S'il survient des accidents infectieux généraux ou locaux, on n'hésitera pas à débrider largement la jointure.

***

En résumé, l'antisepsie est facile à réaliser en toute circonstance. Elle n'exige qu'un outillage peu compliqué, tant au point de vue des instruments que des substances antiseptiques et des pièces de pansement. En l'absence même de cet outillage, la propreté obtenue par des lavages minutieux avec la brosse et le savon peut, sinon la remplacer, au moins le suppléer. L'eau bouillante qu'on peut obtenir partout suffit pour avoir des instruments et des pièces de pansement antiseptique ; de plus le médecin ne doit pas manquer de se désinfecter soigneusement les mains chaque fois qu'il panse un blessé.

SYPHILIGRAPHIE

Nourices en état d'incubation de syphilis (*fin*)

Clinique du Professeur A. Fournier.

Venons maintenant à la seconde hypothèse.

Dans un second ordre de cas, on trouve ceci : d'une part, une nourrice syphilitique, avec un chancre du sein ; — et, d'autre part, un nourrisson

sain, ne présentant rien qui témoigne d'une infection spécifique.

Que faire ?

Faut-il suspendre l'allaitement ? Où bien le laisser continuer ?

Les avis sont partagés.

— M. Fournier rappelle un fait qui a servi de point de départ à cette clinique et dans lequel on lui présenta une nourrice affectée d'un chancre, mais l'enfant encore indemne.

« Or, le très honorable et distingué confrère qui voulait bien réclamer mon opinion était d'avis, lui, de laisser continuer l'allaitement. Moi, j'y fus absolument opposé. Et nous avions tous deux de bonnes raisons ou nous croyions tous deux avoir de bonnes raisons pour aboutir à des résolutions aussi diamétralement opposées.

Mon confrère disait ceci : Voilà un enfant qui, depuis plusieurs jours, tète une femme affectée de deux chancres du sein. Donc, très certainement, cet enfant a dû contracter la syphilis. Il n'a plus rien à craindre de sa nourrice. En conséquence, laissons aller les choses ; continuons l'allaitement dans les conditions actuelles.

Ce à quoi je répondrais : « Il est absolument vrai que cet enfant a toutes chances pour avoir contracté dès maintenant la syphilis. Mais enfin, rien ne nous démontre qu'il l'ait contractée. Il peut, par extraordinaire, avoir échappé à la contagion. Nous n'avons pas le droit de lui laisser encourir le risque de la contracter, s'il ne l'a pas encore, en continuant l'allaitement dans les conditions actuelles. Séparons donc cet enfant de sa nourrice. »

En l'espèce, l'évènement m'a donné tort. Car l'enfant, en dépit de la cessation immédiate de l'allaitement dès le jour où je le vis pour la première fois, a contracté la syphilis. Il était donc déjà en incubation de syphilis à cette époque. C'est là ce que préjugeait avec toute raison mon confrère, et c'est là ce à quoi je m'attendais bien aussi.

Et, néanmoins, je ne me repens pas du conseil que j'ai donné. Ce serait à refaire que, ce conseil, je le donnerais encore, car il me semble le seul rationnel et logique, pour les deux motifs que voici et dont je vous dois compte :

D'abord, il se peut qu'à l'époque où nous sommes appelés à intervenir l'enfant n'ait pas reçu encore le germe de la contagion. Sans doute, il a toutes chances pour l'avoir reçu ; mais, enfin, n'y aurait-il qu'une chance sur cent, sur mille, pour qu'il ait échappé, pourquoi lui faire perdre cette chance ? Pourquoi l'exposer à une contagion d'autant plus sûre, d'autant plus inévitable que l'allaitement sera plus prolongé ?

C'est, en second lieu, que la contagion de la syphilis n'est pas fatale, nécessaire. Bien des gens y échappent en des circonstances variées. A preuve, ces faits cités partout, où l'on voit, de plusieurs hommes ayant rapport à la même époque avec la même femme, les uns prendre la syphilis et d'autres rester indemnes. De même, n'a-t-on pas vu des enfants syphilitiques ne pas infecter leurs nourrices ? N'a-t-on pas vu des nourrices syphilitiques rester inoffensives pour les enfants qui leur étaient confiés ? Bien plus, j'ai vu, de mes yeux vu, une inoculation expérimentale de chancre syphilitique rester stérile. Il s'agissait d'un médecin qui, dans un but scientifique, voulait tenter une expérience sur lui-même. On lui inocula, sur sa demande expresse, le pus d'un chancre syphilitique, chancre qui fut choisi par M. Ricord entre tous ceux que nous avions dans le service du Midi. Et rien ne se produisit. Pourquoi cela ? Je n'en ai jamais rien su. Toujours est-il que ce médecin échappa à la syphilis dans les conditions les mieux faites pour la lui conférer.

Donc, pour ces deux raisons, il me paraît impossible, dans les conditions dont nous poursuivons l'étude, de ne pas faire suspendre l'allaitement, alors même qu'à part nous, nous jugeons cette précaution illusoire et trop tardive.

Maintenant, poursuivons. Voici l'allaitement suspendu, voici l'enfant séparé de sa nourrice. Que nous reste-t-il à faire ?

Très simplement ceci :

Assurer l'élevage de l'enfant par le biberon ;

Puis attendre les événements, et agir suivant ce qui se produira.

Assurer l'élevage de l'enfant par le biberon. Cela est nécessaire. Car, nous n'avons pas l'embarras du choix. De toute évidence, le biberon est le seul moyen de nourrir l'enfant. Pour une nourrice, impossible d'y songer. Cet enfant est sain, en apparence du moins, mais ultra-suspect. Selon toute probabilité, il a gagné la syphilis, et il est en incubation de syphilis. Lui donner une nourrice serait gravement exposer cette femme ; car, d'un jour à l'autre, un chancre peut éclore sur la bouche de l'enfant et contagionner le sein de la nourrice.

La nourriture de l'enfant assurée de la sorte, nous n'avons plus qu'à attendre les événements, et à subordonner notre conduite à ce qui va advenir.

Ce qui va advenir, en effet, peut être ceci ou cela :

Ou bien l'apparition d'un chancre sur l'enfant.

Ou bien la non-apparition de ce chancre, et l'absence de tout accident.

Or, dans ces deux cas, les indications sont naturellement différentes.

Si l'enfant vient à présenter un chancre, il rentre *ipse facto* dans la catégorie des nourrissons syphilitiques, et doit être élevé comme le sont les enfants syphilitiques, c'est-à-dire ou bien au biberon, ou bien par une nourrice syphilitique, ou bien par un animal.

Que si, au contraire, il a le rare bonheur d'échapper à la contagion, il reste ce qu'il était, un nourrisson sain, qui peut être élevé comme tous les enfants sains, j'entends non entachés de syphilis. C'est-à-dire qu'on pourra lui donner une nourrice.

Oui, mais une question grave se présente ici : Quand pourra-t-on lui donner une nourrice ? L'incubation de la syphilis est toujours plus ou moins longue, comme chacun le sait. Il faudra donc, avant de se décider à cette grave mesure, attendre un certain temps. « Mais enfin, me direz-vous, combien de temps ? Car nous sommes ici sur le terrain de la pratique, et il nous faut un chiffre qui constitue une garantie de sécurité absolue et pour la nourrice qui donnera le sein à cet enfant, et pour le médecin, dont la responsabilité se trouve gravement engagée dans une décision aussi délicate. »

Ce calcul, vous répondrai-je, ne peut être basé que sur la durée usuelle de l'incubation syphilitique. Et même, par mesure rigoureuse de pruden-

ce, nous prendrons le terme de sa durée maxima, afin de nous tenir en garde contre toute éventualité, c'est-à-dire *six* à *sept* semaines.

Au-dessous de 6 à 7 semaines (en comptant du jour où l'enfant aura été séparé de sa nourrice), il y aurait imprudence à confier l'enfant à une nourrice saine ; car ce serait lui confier peut-être un enfant en incubation possible de syphilis.

Mais, au delà de ce terme, si rien n'est apparu, c'est que rien ne doit apparaître, c'est que l'enfant a échappé à la contagion. La durée maxima de l'incubation est dépassée. Donc, sans danger, on pourra permettre l'allaitement par une nourrice saine.

Autre point. Il n'est pas à nier que, dans les cas qui viennent de nous occuper, la suspension de l'allaitement ne puisse porter un préjudice très grave à l'enfant.

Voici un enfant qu'aujourd'hui, je suppose, vous avez trouvé sain ; et, pour le préserver de la syphilis, vous l'avez séparé de sa nourrice. Mais cet enfant, dans quinze jours peut-être, sera affecté d'un chancre, ce sera un enfant syphilitique. Or, à cette époque, comment l'allaiterez-vous ? A la façon des enfants syphilitiques, bien entendu, c'est-à-dire soit au biberon, ce qui est mauvais ; soit à la chèvre, ce qui est peu pratique, voire impossible le plus souvent ; soit avec une nourrice syphilitique. Mais une nourrice syphilitique ne se rencontre pas toujours aisément, voire ne se rencontre pas du tout quelquefois quand on en a besoin ; alors que quinze jours auparavant vous en aviez une toute trouvée, à savoir la nourrice qu'avait l'enfant et dont vous l'avez séparée. A cette époque, quel regret n'aurez-vous pas d'avoir prononcé cette séparation nécessaire ! Car avec une bonne nourrice et un bon traitement on vient presque toujours à bout d'une syphilis contractée par un nourrisson ; tandis que, sans nourrice, la situation devient bien autrement périlleuse, mais regrets superflus. Le mal est fait.

Aussi bien, s'est-on demandé s'il n'y aurait pas autre chose à faire, en pareille circonstance, que de suspendre simplement l'allaitement, ce à quoi on se borne généralement et à tort. L'allaitement, il faut le susprendre, c'est entendu. Mais n'y aurait-il pas quelque chose à ajouter à ce fait brutal de la suspension de l'allaitoment ? Cherchons en ce sens.

Quel serait, en l'espèce, l'idéal à réaliser ? L'idéal, ce serait de suspendre l'allaitement, puisque c'est une nécessité, mais de ne le suspendre que *temporairement*, pour le reprendre ensuite avec la même nourrice si l'enfant, venant à être infecté, n'a plus rien à craindre de cette nourrice.

Or, cela est loin d'être impossible. Pour y parvenir, procéder ainsi.

1° D'abord, faites en sorte que la famille conserve sa nourrice, qui, pour l'instant, va ne lui servir à rien, mais qui, à échéance prochaine, peut lui rendre un service immense ;

2° Puis faites en sorte que cette nourrice, qui ne va plus nourrir l'enfant, conserve cependant son lait.

Comment conserver le lait à une nourrice qui va ne plus nourrir ? Il y a moyen d'arriver à cela. Il y a même deux moyens, l'un médiocre, et l'autre excellent.

Le premier, c'est le tétage artificiel à la pompe, à la téterelle. Plusieurs fois par jour, évacuez les seins en pompant artificiellement le lait. D'une part, vous dégorgerez ainsi les seins, et, d'autre part, vous entretiendrez de la sorte l'excitation sécrétoire de la glande. Mais, je ne vous cache pas que ce procédé est d'une application assez difficile, voire douloureuse quelquefois. Aussi, je ne fais que le citer, car nous avons mieux à lui substituer.

Le second procédé, celui qu'à l'avance j'ai qualifié d'excellent, c'est de faire téter la nourrice par un jeune animal, par un jeune chien.

Je ne sais vraiment pas pourquoi ce procédé est aussi peu en faveur. C'est cependant une méthode parfaite pour dégorger les seins, dans les cas de montée excessive du lait, comme aussi pour entretenir les fonctions de la glande en l'absence d'un nourrisson. Pour ma part, j'y ai eu recours déjà à maintes reprises dans ma pratique et je m'en suis toujours, sans exception, admirablement trouvé. Et rien de plus simple. On se procure un jeune chien et on présente l'animal au sein de la femme. Quel admirable nourrisson que le jeune chien, quel nourrisson modèle et consciencieux, s'acquittant avec ardeur de la besogne qu'on réclame de lui ! A peine a-t-il senti le sein qu'il se jette sur lui avec une avidité canine et et qu'il le tète de toutes les forces de ses poumons.

Eh bien, est-ce qu'avec ce nourrisson *intérimaire*, la nourrice, que nous avons séparée de son nourrisson, ne va pas conserver son lait ? Est-ce que huit, dix, quinze jours, trois semaines plus tard, si l'enfant a subi la contagion, nous ne pourrons pas, en supprimant le chien, lui rendre sa nourrice ? Certes, oui.

Ainsi, voilà un moyen qui permet, d'une part, de suspendre l'allaitement, quand la nourrice est dangereuse pour l'enfant, et de le rendre plus tard quand l'enfant (malheureusement pour lui) n'a rien à redouter de la nourrice.

Résumons-nous donc en disant :

Une éventualité délicate se présente parfois en pratique. C'est celle où un enfant, né de parents sains et encore sain en apparence, vient de téter une nourrice affectée d'un accident syphilitique du sein, tel qu'un chancre.

Que faire en pareille occurrence ?

D'abord, suspendre l'allaitement, séparer l'enfant de sa nourrice, pour éviter à l'enfant le risque d'une contamination, au cas où déjà il ne l'aurait subie.

Puis, suspendre l'allaitement en conservant la nourrice. Et, alors, faire en sorte que cette nourrice conserve son lait. — Pour cela, un seul bon moyen : faire téter la nourrice par un nourrisson intérimaire qui sera, de préférence, un jeune chien.

Puis, enfin, si les choses tournent mal pour l'enfant, c'est-à-dire si l'enfant vient à présenter des signes d'infection, alors lui rendre sa nourrice, dont il n'a plus rien à craindre et qui sera pour lui un élément un puissant de guérison.

(La fin de cette clinique est relative à la prophylaxie au moyen d'un certificat médical exigible des nourrices qui entrent dans les bureaux de placement. On trouvera cette question dans le *Concours médical* 1888 passim.)

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat des médecins de l'arrondissement de Corbeil.

Réunion du 29 *avril* 1891.

La réunion a eu lieu à 4 heures du soir, au restaurant Viancy, à Paris.

Etaient présents : MM. les Drs Ladmiral, *président*. — Ladroite, *vice-président*. — Boucher, Vignes, Surbled, Corbeil. — Bernard, Juvisy. — Girault, Montlhéry. — Combet, Longjumeau. — Lajoux, Boissy-Saint-Léger. — Geoffroy, Pessay, Villeneuve-Saint-Georges. — Cherrière, Essonnes. — Casset, Ris-Orangis.

M. le Dr Ladmiral, président du Syndicat pour l'année 1890, fait, en l'absence du Dr Sauvagat, secrétaire-trésorier démissionnaire, l'exposé de la situation financière du Syndicat. Il résulte des comptes fournis que le Syndicat possède une somme de 1319 fr. en dépôt à la banque et reste créancier de la somme de 60 fr. produit de six cotisations arriérées.

Il constate avec plaisir cette situation florissante ; puis il rappelle que depuis plusieurs années le trésorier a négligé de payer les cotisations dues à l'Union des Syndicats. Il y aurait lieu de régler cette situation et il demande l'autorisation de faire envoyer au trésorier de l'Union une somme de 200 fr. pour règlement du compte arriéré.

En présence des réserves qui existent aujourd'hui plusieurs membres proposent d'abaisser de 10 à 5 fr. le chiffre de la cotisation annuelle.

Cette proposition qui avait été formulée par lettre, l'année dernière, par le Dr Surbled est acceptée à la majorité des membres présents.

Le Dr Ladmiral rappelle à ses confrères que le journal le « *Concours médical* », son Conseil de direction et le Bureau de « l'Union des Syndicats » ont pris l'initiative d'une souscription dont le produit serait destiné à offrir au Dr Chevandier un témoignage de reconnaissance des nombreux services qu'il a rendus et ne cesse de rendre à la cause médicale ; il demande aux membres du syndicat de bien vouloir participer à cette souscription et de voter une somme de 25 fr. (Adopté.)

Le Dr Ladmiral expose ensuite en détail à ses confrères les différentes questions qui ont été mises plus particulièrement à l'étude dans le courant de cette année :

1° Le projet d'assistance publique dans les campagnes et les propositions faites à ce sujet par M. le Dr Gassot.

2° La proposition de M. le Dr Maurat relative à la déclaration des maladies contagieuses.

3° La mise à nouveau à l'ordre du jour de la question des assurances contre les accidents.

4° Les différents projets d'indemnité en cas de maladies ; question si vivement soutenue par le « *Concours médical* ». Il rend compte du rapport présenté à ce sujet par M. le Dr Lereboullet à l'assemblée générale de l'Association générale des médecins de France, de la discussion qui a suivi la lecture de ce rapport et de l'engagement formel, pris par M. le Dr Brouardel au nom du bureau, d'étudier sérieusement la question et de faire près des pouvoirs publics les démarches nécessaires pour arriver à une bonne solution.

Les membres présents remercient M. le Dr Ladmiral de s'être occupé tout spécialement de cette question dont la solution donnerait satisfaction aux désirs du plus grand nombre des confrères et le charge d'en poursuivre la solution et de tenir le syndicat au courant de tout ce qui sera fait soit par l'Union des syndicats, soit par le conseil général de l'association générale des médecins de France.

Le président donne ensuite lecture de plusieurs lettres qu'il a reçues, dont une entre autres du Dr Roisin, président du syndicat d'Etampes, à laquelle il sera donné satisfaction.

M. le Dr Geoffroy propose que les réunions du Syndicat soient à l'avenir suivies d'un dîner qui permettrait aux confrères présents de passer ensemble la soirée et de ne plus se quitter aussi rapidement qu'on le fait après avoir épuisé l'ordre du jour.

M. le Dr Boucher rappelle qu'au début du fonctionnement du Syndicat on avait procédé de la sorte, mais qu'on avait dû y renoncer, le nombre des confrères qui restaient à dîner étant devenu trop réduit, mais qu'il ne demande pas mieux que de voir renouveler la tentative qui avait échoué autrefois. Il ajoute qu'il était venu à cette réunion du syndicat avec l'intention d'en demander la dissolution, car depuis plusieurs années il n'avait pas donné de résultats permettant d'affirmer son utilité, mais qu'en présence de l'exposé, qui vient d'être fait par le Dr Ladmiral, des travaux qui ont été l'objet d'études sérieuses pendant le courant de l'année 1890, il modifie son opinion, qu'il est heureux de constater la nouvelle impulsion d'activité donnée au syndicat de Corbeil. Il y a donc lieu d'espérer que les réunions seront plus suivies, les confrères plus nombreux et que la proposition du Dr Geoffroy obtiendra du succès.

Il est ensuite procédé à la nomination du bureau pour l'année 1891.

Sont nommés : *Président*, M. le Dr Ladroitte. — *Vice-président*, Dr Chevrière. — *Secrétaire-trésorier*, Dr Gasset.

Le président, Dr LADMIRAL.

REPORTAGE MÉDICAL

— Nous faisons part à nos lecteurs de l'inauguration au Vésinet, d'un *établissement hydrothérapique*, sous la direction de son fondateur, le Dr Raffegeau, membre de notre société. Nous recommandons l'établissement de notre confrère dont la compétence et la notoriété dans sa spécialité sont depuis longtemps établies.

— Le Dr *Chabert* signale et critique une grave décision que vient de prendre l'*Association des médecins de la Haute-Garonne*. Un des membres a été exclu pour avoir diffamé, dans ses écrits, l'un des sociétaires. Les injures ne visaient nullement le médecin et exclusivement l'homme privé. Les attaques répétées deux ans de suite, ont été signalées au bureau, non par le membre dont l'honneur était mis en cause, mais par l'un des membres du bureau. M. Chabert estime que l'Association n'avait pas à s'immiscer dans un débat privé et nullement professionnel.

— Nous publierons, prochainement, un travail que nous a promis M. *Chastaing*, pharmacien en

chef de la Pitié, sur la poudre de Pistoïa, remède secret, chèrement vendu en France (30 fr. pour les 365 paquets). De l'analyse de M. le Dr Chastaing il résulte que la poudre se compose de colchique 20 ; bryone 10 ; bétoine 50 ; gentiane 10 ; camomille 10.

Dose, deux à trois grammes par jour, à prendre dans un verre d'infusion chaude ; ingestion suivie d'un exercice musculaire prolongé.

— Dans la *Revue d'inspection*, le Dr *Delafer-rière* affirme que, dans son département, les *biberons à tube*, si dangereux, ont totalement disparu, grâce au refus des médecins inspecteurs, sur l'invitation du préfet, de délivrer des *certificats d'aptitude* aux nourrices qui ne s'engageaient pas à renoncer à ce biberon et à ne donner aucune nourriture solide à leurs nourrissons âgés de moins d'un an. Exemple à signaler.

L'Exposition du Travail. — L'Exposition du Travail, dont l'inauguration aura lieu le 22 juillet prochain, au Palais de l'Industrie, à Paris, sera l'une des plus intéressantes expositions industrielles et scientifiques de notre époque.

Le caractère d'éducation professionnelle, l'opportunité et l'utilité de cette œuvre lui ont valu le patronage officiel de MM. les Ministres du Commerce, de l'Instruction Publique, des Travaux Publics, Nombre de membres du Parlement, de notabilités scientifiques ou industrielles, de Chambres syndicales de Paris et de la province, ont voulu donner l'appui de leur nom ou de leur participation à cette grande manifestation.

Toutes les sections y auront leur physionomie spéciale et des attractions du plus haut intérêt attireront en foule les visiteurs. La branche de l'hygiène, si sacrifiée dans toutes les expositions, y sera l'objet de dispositions particulières absolument nouvelles, et la haute compétence de l'organisateur de cette section, M. Louis Bourne, en assure le succès.

Une Commission spéciale pour ce groupe de l'hygiène a été constituée et nous y relevons les noms si autorisés de MM. Berthelot, ancien Ministre de l'Instruction Publique, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences ; M. le docteur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine ; M. Pasteur, M. Faye, M. de Quatrefages, M. Chauveau, membres de l'Institut et de l'Académie de médecine ; M. le docteur Ed. Bourgoin, pharmacien en chef des hôpitaux ; M. L. Portes ; M. Suilliot, membre de la Chambre de commerce ; M. Expert-Bezançon, président de la Chambre syndicale des produits chimiques ; M. Desnoix, président de la Société de pharmacie ; M. Adrien, M. de Bonnard, le docteur E. Monin, etc.

Toutes les demandes doivent être adressées, avant le 10 juillet, au délégué de la Commission, M. Louis Bourne, 2, rue de Provence, à Paris.

SOUSCRIPTION CHEVANDIER

3e liste (suite).

MM. les docteurs Alméras, d'Autretot (Seine-Inférieure). — Syndicat de Lamballe (Côtes-du-Nord). — Toussaint, d'Argenteuil (Seine-et-Oise). — Lombard, à Terrasson (Dordogne). — Syndicat de Senlis (Oise). — Syndicat de Nantes. — Porson, de Nantes. — Desmaroux, à Huriel (Allier). — Syndicat du Loiret. — Dr Rocher (Loiret). — Viard, à Châtillon (Côte-d'Or). — Marion, à Parthenay (Deux-Sèvres). — Lhuillier, à Santenay. Duhourcau, à Cauterets. — H. Cézilly, à Paris. — David, à Sigean (Aude). — Syndicat de Laval. — Roger, à La Villeneuve (Ille-et-Vilaine).

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

M. le Dr Doyen, à Reims (Marne), membre du syndicat de la vallée de la Meuse.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs de la mort de M. le Dr Robineau, de Tigy (Loiret), membre du Concours médical.

BIBLIOGRAPHIE

Le Végétarisme et le *Régime végétarien rationnel, dogmatisme, histoire, pratique*, par le Dr Bonnejoy (du Vexin), précédé d'une introduction par le Dr Dujardin-Beaumetz, de l'Académie de médecine, Médecin de l'Hôpital Cochin, Membre du Conseil d'Hygiène de la Seine, etc.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

La Révision de la Législation médicale au Sénat

Procédure parlementaire unique et injustifiable.

D'ordinaire les appels se font d'une juridiction inférieure à une juridiction supérieure. Le Sénat vient de procéder en sens inverse. Il défère aux Conseils généraux la proposition de loi sur l'exercice de la médecine votée par la Chambre des députés avec l'appui du gouvernement.

C'est montrer peu de déférence pour le gouvernement et pour la Chambre des députés.

Il avait apparu jusqu'à présent que le mouvement de navette imposé aux propositions de loi, renvoyées alternativement de la Chambre au Sénat et du Sénat à la Chambre, était suffisant pour décourager les plus intrépides et renvoyer aux calendes grecques les projets les plus urgents.

Car, il ne faut pas l'oublier, dans l'espèce, la proposition de loi sur l'exercice de la médecine, est née d'une proposition due à l'initiative parlementaire et d'un projet portant la signature de quatre ministres offrant quelque garantie.

Cette proposition, vieille de huit années, a été l'objet de trois exposés de motifs, de l'examen de deux commissions d'initiative, de trois commissions nommées par les bureaux ; elle a été discutée dans ces trois commissions, par les ministres compétents, avec les commissaires de la Chambre. Ces travaux intérieurs ont été rapportés en trois rapports étendus ; la Chambre, considérant qu'il fallait aboutir ; qu'il fallait absolument éviter à la proposition d'être frappée de caducité, afin de mettre le Parlement à l'abri de tout reproche d'impuissance ou de mauvais vouloir, avait déclaré l'urgence.

Elle avait discuté les points sur lesquels l'accord n'avait pu s'établir entre le gouvernement et la commission et adopté quelques amendements, et c'est dans de telles conditions que le Sénat renvoie la proposition à l'examen des conseils généraux !

Il oublie qu'elle a été votée à une majorité énorme par la Chambre des pairs en 1825 et en 1847.

Qui donc représente le pays quand il s'agit de grands intérêts sociaux ? Les conseillers départementaux ou les députés ?

Et quels éléments les premiers auront-ils pour trancher une question telle que la suppression ou le maintien de l'officiat, et celles qui en sont la conséquence ?

Nous sommes le pays de la routine, c'est douloureux à dire, mais c'est la vérité. Tout le long de ce siècle les médecins n'ont cessé de protester contre la loi du 19 ventôse an XI ; ils ont protesté par des pétitions sans cesse répétées, par le grand congrès médical de 1845, par les Sociétés médicales, par les associations les plus autorisées. Le gouvernement a présenté des projets à toutes les époques. Au moment où la Chambre, le comité d'hygiène de France, représenté par le doyen de la Faculté de médecine de Paris, sont tombés d'accord sur tous les articles, la commission du Sénat remet tout en question !

Dès la décision du *Sénat*, nous avons fait quelques démarches urgentes. Nous espérons qu'elles aboutiront.

Le *Concours médical* et l'*Union des Syndicats* vont profiter du *Banquet* offert à M. *Chevandier* et à la Commission de la Chambre, pour rechercher les mesures les plus favorables en vue de conjurer le péril que court la *Revision, de la législation*. De leur côté tous nos amis interviendront auprès des sénateurs et, s'il le faut, auprès des conseillers généraux. Il importe, avant tout, que le Sénat vote la loi de Revision, avec ou sans maintien de l'*officiat*. Les officiers de santé sont plus intéressés que les docteurs en médecine à la suppression de l'officiat. Ils seraient bien inspirés de seconder nos efforts.

A. C.

LA SEMAINE MÉDICALE

Hystéro-traumatisme par décompression brusque.

M. *Debove* a publié en son nom et au nom de M. *Rémond* (de Metz), actuellement professeur agrégé à la nouvelle Faculté de Toulouse, l'observation d'un fait d'hystéro-traumatisme produit par une décompression brusque.

Un homme de 35 ans, employé aux travaux du port de Trouville, travaillait dans une cloche à plongeur, quand, par suite d'une fausse manœuvre, il fut tout à coup brusquement décomprimé. Il perdit immédiatement connaissance, mais sans avoir pu se rendre compte de ce qui se passait, sans avoir éprouvé la moindre frayeur. A son réveil il fut pris subitement de crises de grande hystérie qui se succédèrent pendant huit jours sans presque discontinuer; pendant ce temps il lui fut impossible de dormir. Il se jetait à droite, à gauche, faisait l'arc de cercle, etc.; c'étaient en un mot des crises d'hystérie d'une intensité extraordinaire et subintrantes.

A la suite de ces crises, le malade devint hémiplégique; c'est à ce moment que M. Debove l'examina: c'était une hémiplégie droite s'accompagnant d'hémi-anesthésie cutanée et sensorielle, présentant enfin tous les caractères de l'hémiplégie hystérique.

Cette observation présente, à plusieurs égards, un très grand intérêt. Tout d'abord la décompression brusque n'avait jusqu'ici jamais été signalée comme cause hystéro-traumatique; or, dans ce cas, c'est bien elle qu'il faut incriminer; la frayeur n'a joué aucun rôle dans l'apparition des accidents, puisque le malade ne s'était pas rendu compte de ce qui se passait. De plus l'hystérie produite par la décompression s'est manifestée, sur la totalité de l'individu, par la production de grandes crises d'hystérie, tandis qu'ordinairement l'hystéro-traumatisme ne produit que des paralysies localisées, hémiplégies, monoplégies.

Enfin, on ne retrouva, dans les antécédents héréditaires ou personnels du malade, aucune tare nerveuse. Le traumatisme semblait donc avoir créé de toutes pièces des crises suraiguës d'hystérie.

Quand on lit les observations de paralysies par décompression brusque, on y trouve signalés des accidents absolument dissemblables. Cette variété des manifestations et des phénomènes tient très probablement à la diversité des causes qui les ont produits. Dans certains cas on peut admettre, avec la plupart des auteurs, qu'il s'est produit dans les centres nerveux, et plus particulièrement dans la moelle, un dégagement de bulles de gaz au moment de la décompression brusque. Mais il est d'autres observations qui sentent l'hystérie d'une lieue, et qui doivent être regardées comme des observations d'hystéro-traumatisme.

A l'appui de cette hypothèse on trouve les résultats thérapeutiques obtenus dans ces derniers cas; la guérison en effet est souvent due à la suggestion.

On a par exemple, dans un cas, soumis le malade à une compression très intense, deux ou trois mois après une décompression brusque ayant laissé une paralysie supposée organique; on pensait que des bulles de gaz dégagées du sang dans les centres nerveux avaient produit ces lésions organiques. La compression avait pour

FEUILLETON

Invidia medicorum pessima !...

(Suite et fin).

. . . .

Si nous abordons la littérature dramatique nous y trouverons également de remarquables exemples de parti-pris: — Il suffit d'avoir assisté à n'importe quelle première, pour être fixé à ce sujet: Une partie de la salle exalte outre mesure l'œuvre nouvelle et s'extasie à chaque tirade, tandis que l'autre moitié crie bien haut que « c'est infect, idiot, inepte ».— Des explosions de joie éclatent sur les visages des adversaires, lorsque l'insuccès devient manifeste; ils se frottent les mains avec délire, dès que *le four* a été dûment constaté. — Il s'agit d'assassiner la pièce, serait-elle parfaite, et tous les moyens sont bons pour ces frères ennemis, sans pitié, ni loyauté.

Je n'apprendrai en effet rien à personne, en montrant du doigt les camps hostiles, qui cherchent à faire prévaloir leurs idées, au détriment du voisin, en dehors de la réserve et de la courtoisie la plus élémentaire.

Aussi, lorsqu'une pièce appartenant au *genre ancien* est l'objet d'une cabale, on ne manque pas d'accuser les partisans du *dogme nouveau*. La réciproque est également vraie: Qu'il se produise des grognements ou des rires indiscrets dans le sanctuaire naturaliste, on ne manque pas de dire que ces bêcheurs systématiques sont des classiques, ceux même qui sont en possession de la rampe au théâtre français.

Lisez ensuite les feuilletons dramatiques inspirés par cette bonne foi réciproque et vous ne serez plus étonnés que l'auteur soit assommé par les uns et encensé par les autres.

Comme contraste, je me contenterai de signaler l'enthousiasme à peu près unanime du monde scientifique pour les découvertes de notre Pasteur.

. . . .

C'est presque avec hésitation, (j'allais dire avec dégoût) que je me risque, sur le terrain toujours glissant de la politique, où seuls les médiocres et les violents remportent maintenant les premiers prix.

Sans remuer des cendres encore brûlantes, sans parler des haines suscitées en France par le dernier parti qui a cherché à s'emparer du pouvoir, nous n'avons qu'à jeter un coup d'œil en arrière.

Inutile de remonter aux Mérovingiens et aux Carlovingiens; ne nous éloignons pas trop de l'époque moderne: — Est-ce que notre pays ne faillit pas périr dans la tempête soulevée par la Ligue ? L'aristocratie, étourdie, décimée par Richelieu, ne fit-elle pas une suprême protestation avec La Fronde ? — Mais rien ne saurait donner une idée plus épouvantable de la passion politique que les haines sanglantes qui minèrent la Convention.

Plus près de nous encore, on se souvient des polémiques fiévreuses, des luttes sans merci de Guizot et de Thiers, ainsi que du fanatisme de leurs par-

but d'amener la dissolution de ces gaz dans le sang ; une décompression lente suivit. Le malade guérit. Très certainement dans ce cas le mécanisme invoqué était faux. Il ne restait plus de bulles de gaz dans la moelle au bout de deux mois. Le médecin avait fait une suggestion inconsciente.

Donc les décompressions brusques peuvent être dans quelques cas regardées comme causes d'hystéro-traumatisme. M. Debove n'a point l'intention de nier les lésions organiques que ces décompressions peuvent produire par dégagement de bulles gazeuses, ni les paralysies qu'entraînent ces lésions ; il a voulu simplement établir que quelques-unes de ces paralysies sont purement nerveuses.

M. *Rendu*. — M. Debove a-t-il trouvé, parmi les observations qu'il a lues, des cas d'hémiplégie véritable à la suite de décompressions brusques? C'est, en effet, la paraplégie qui se produit le plus habituellement dans ce cas.

M. *Debove*. — On a tout observé : paraplégies, hémiplégies, monoplégies. Mais les auteurs n'ont pas exploré la sensibilité ; c'est dire qu'ils n'ont pas noté ce qui viendrait, dans bien des cas, démontrer la nature hystérique des accidents.

M. *Dumontpallier*. — M. Debove admet que son malade était un véritable hystérique ; il n'a cependant pas assisté à ses grandes attaques.

M. *Debove*. — A la description que le malade fait de ses crises, on reconnaît à coup sûr l'hystérie. Mais, en outre, l'hémiplégie consécutive avait absolument tous les caractères de l'hémiplégie hystérique, avec anesthésie cutanée et sensorielle.

M. *Dumontpallier*. — Dans ses expériences de décompression brusque sur des chiens, P. Bert n'avait jamais observé que de la paraplégie. M. Dumontpallier avait attribué cette localisation spéciale de la paralysie à une disposition particulière des veines de la moelle lombaire. P. Bert, en effet, constata, à ce niveau, l'existence d'un lacis veineux très développé. C'est en ce point que la décompression brusque produisait un dégagement considérable de bulles gazeuses qui rompaient le tissu médullaire et provoquaient souvent de petites hémorrhagies. Le cerveau restait toujours intact.

M. *Debove*. — Sans doute la paraplégie existe aussi chez l'homme, de même que les lésions organiques produites par le dégagement des bulles gazeuses. Mais tandis que chez les animaux on n'observe que des paralysies organiques, chez l'homme, au contraire, on peut observer autre chose, l'hystéro-traumatisme. Dans un cas, par exemple, on parle d'une hémiplégie avec aphasie transitoire ; l'hystérie doit être ici fortement soupçonnée.

Etiologie et nature de la chorée de Sydenham.

On sait que, depuis les travaux de Germain Sée et de Henri Roger, la chorée de Sydenham est considérée comme ayant des liens de parenté très étroits avec le rhumatisme. Roger, rayant la chorée du cadre des névrose, prétendait que cette affection est toujours d'origine rhumatismale. G. Sée était d'une opinion moins absolue.

Ces théories ont rallié la majorité des médecins. Elles rencontrèrent pourtant une certaine opposition, surtout de la part des médecins d'enfants : Rilliet et Barthez, Bouchut les ont combattues ; Steiner, en Allemagne, publia une statistique où

---

tisans. — Enfin, qui pourra supputer les montagnes de haines, d'injures, de calomnies, d'ignominies, soulevées par les dernières élections ? — Un certain nombre de médecins se sont alors trouvés mêlés à la bagarre, et, c'est, emportés par le courant, surexcités par la mêlée farouche des partis, qu'ils ont prodigué inconsidérément les horions à ceux qui ne voyaient pas par leurs yeux ou qui n'acceptaient pas leur mot d'ordre.

. . . .

J'aurais trop beau jeu pour parler des jalousies féminines, qui s'aiguisent de perfidie et que rien n'apaise, dans l'ombre où elles se trament.

Car la plus belle moitié du genre humain (pitié pour les rides de cette vieille locution !) semble n'avoir qu'un but : séduire et s'imposer à notre admiration, en dehors de toute concurrence. — Aussi, que de coups de griffes donnés par ces jolis monstres ! — Que de venin s'échappe de ces lèvres, qui semblent uniquement faites pour sourire et dire des choses tendres !

Lorsque deux femmes se rencontrent, même lorsqu'elles ne sont pas rivales et ne chassent pas le même gibier, la première chose qu'elles font, c'est de se dire des compliments, et la deuxième, de se chercher des défauts ou des ridicules : « Que de laideurs se cachent sous les éblouissements de la forme et comme il est heureux, pour notre bonheur, que la nudité des âmes soit encore plus dissimulée que celle des corps ! »

Oh ! fi de l'envie enfiellée, qui ne pouvant s'élever jusqu'au mérite, pour s'égaler à lui, tâche de le rabaisser.

Marmontel a eu beau dire que l'envie honore la vertu, encore qu'elle s'efforce de l'avilir et Hoffmann, que l'envie est l'ombre de la gloire, je ne crois pas que ce soit un mal nécessaire, ni que ses coups d'aiguillon excitent favorablement les âmes, même les mieux trempées. — Je crains bien plus la contagion du mauvais exemple et les dangers du ressentiment. Le désir de se venger semble légitime en pareil cas et il est bien rare que l'indignation ne dicte pas un châtiment disproportionné.

Le mieux serait de planer au-dessus de la malignité de certains propos et de ne pas s'exposer aux traits acerbes des méchants. Ce n'est pas toujours facile, sans doute ; mais dans notre profession, si nous faisons souvent des ingrats qui nous dénigrent, nous avons pour nous, en revanche, les cœurs reconnaissants qui se souviennent. Ils se chargeront de rétablir l'équilibre et de nous faire rendre justice, lorsque nous n'aurons pas démérité.

. . . .

Je ne terminerai pas sans faire quelques exceptions : ainsi, il ne faut pas reprocher au paresseux d'avoir envie.... de travailler ; aux jolies personnes qui endimanchent notre vie d'avoir envie de.... plaire ; aux inventeurs d'avoir envie de... conquérir la célébrité, ni à un militaire de vouloir mourir pour la patrie, puisque, d'après le chant des Girondins,

C'est le sort le plus beau, le plus digne d'envie !

Dr Grellety (de Vichy).

sur 254 cas de chorée, on ne trouvait que quatre fois une origine rhumatismale bien nette. Enfin, il y a quelques années, M. Joffroy leur fit une opposition beaucoup plus vive encore en soutenant que le rhumatisme n'avait rien à voir dans la pathogénie de la chorée ou n'avait pas plus de valeur qu'une autre maladie aiguë ; si la chorée s'accompagne quelquefois de douleurs articulaires, ce ne sont point des douleurs rhumatismales, puisque la fièvre et les phénomènes de fluxion manquent généralement, mais bien des arthropathies nerveuses ; si, dans le cours de la chorée, des endocardites et des péricardites se produisent, elles doivent être regardées comme des lésions trophiques dues à des troubles nerveux. M. Joffroy concluait donc que la chorée n'a aucun lien avec le rhumatisme et proposait de la nommer *névrose cérébro-spinale d'évolution* ; cette affection se montre le plus fréquemment, en effet, entre 7 et 14 ans, c'est-à-dire dans la période du maximum de croissance.

Sans aller aussi loin dans l'interprétation de ces manifestations morbides, M. *Comby* (1) pense néanmoins que la chorée doit être regardée, dans *la majorité des cas,* comme une névrose spéciale. M. Leroux arrive aux mêmes conclusions : sur 260 cas observés au dispensaire Furtado-Heine, 5 fois seulement on trouvait une relation nette avec le rhumatisme ; 13 autres fois il n'y avait que des douleurs vagues. Depuis huit ans, M. Comby a lui-même observé 90 cas de chorée chez des enfants ; c'étaient des cas bénins, mais on doit en tenir compte dans une statistique. Parmi ces 90 cas il y avait 58 filles et 32 garçons ; cette prédominance du sexe féminin plaide en faveur de la nature nerveuse de la maladie.

Relativement à l'âge, la chorée s'est montrée une fois à trois ans, une fois à cinq ans, puis dans tous les autres cas, de 6 à 15 ans.

M. Comby a recherché, dans un certain nombre de cas, si ses petits malades ne présentaient pas d'autres stigmates nerveux. Or vingt fois il a trouvé de l'anesthésie du pharynx, 5 fois de l'hémianesthésie cutanée et sensorielle ; d'autres fois de l'incontinence nocturne d'urine. En outre, l'état mental des choréiques se caractérise par une mobilité extrême du caractère. Chez leurs ascendants on retrouve souvent les conditions d'une hérédité névropathique : hystérie, épilepsie, folie dans quelques cas ; souvent aussi la tuberculose. La diathèse rhumatismale y est au contraire très rare.

Sur ces 90 choréiques, M. Comby n'a relevé que cinq fois la coïncidence du rhumatisme articulaire aigu ; et encore, dans deux cas, il n'a succédé à la chorée qu'après un intervalle très long (18 mois et 3 ans).

Cette statistique est donc contraire à la théorie qui fait de la chorée une simple manifestation rhumatismale. La thérapeutique fournit un autre argument : le salicylate de soude ne donne aucun résultat dans la chorée, à laquelle conviennent au contraire l'hydrothérapie et les médicaments nerveux.

La chorée peut donc être considérée, dans la majorité des cas, comme une névrose de la deuxième enfance et ayant de grandes affinités avec l'hystérie et autres états analogues.

M. *d'Heilly* estime que l'argument tiré de la thérapeutique n'a pas de valeur. Le salicylate de soude est en effet sans action contre les pleurésies, les endocardites, en un mot contre les manifestations abarticulaires du rhumatisme.

M. *Potain* pense que la chorée de nature nerveuse existe certainement. Mais il est bien difficile, en présence des faits que l'on observe tous les jours, de ne pas regarder la plupart des cas de chorée comme des manifestations rhumatismales.

Quelques-uns de ces faits sont très nets. Il y a quelque temps, ayant été appelé pour examiner un jeune garçon qui, à la suite d'un traumatisme de la jambe, avait été pris de mouvements choréiques, M. Potain avertit les parents que l'enfant pouvait être considéré comme rhumatisant et conseilla de prendre, dans ce sens, certaines précautions. Or quelque temps après survint une crise de rhumatisme articulaire aigu, avec endocardite, et l'enfant mourut.

M. *Sevestre* cite le cas d'un enfant de 9 ans qui fut pris tout d'abord d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu contre laquelle le salicylate de soude réussit fort bien. Quinze jours après survenait de la chorée, puis, quelques jours plus tard, une endocardite.

La chorée avait donc servi de trait d'union entre l'atteinte de rhumatisme et l'affection cardiaque. Il est bien difficile de nier l'action du rhumatisme dans des cas analogues.

M. *Cadet de Gassicourt* a observé de nombreux faits dans lesquels on voit la chorée alterner avec le rhumatisme. Il y a donc des chorées rhumatismales, et ces cas sont très nombreux. Si on avait exagéré autrefois en prétendant que presque toutes les chorées sont rhumatismales, il ne faut pas exagérer en sens inverse en disant qu'elles sont presque toutes de nature nerveuse.

Quant à l'argument que M. Comby tire de la thérapeutique, il n'est point suffisant, puisque, comme M. d'Heilly l'a déjà dit, le salicylate de soude n'agit point sur les déterminations abarticulaires du rhumatisme.

M. *Raymond* a souvent observé cette alternance du rhumatisme et de la chorée ; ce sont évidemment alors deux manifestations de la même maladie.

M. *Chantemesse* croit que si certaines chorées sont en rapport avec le rhumatisme, il en est d'autres, des plus nettes, des plus classiques, à ne considérer au moins que la nature du tremblement, qui en sont tout à fait indépendantes. Une jeune fille de 21 ans fait, il y a quelque temps, une chute sur le dos. Trente-six heures après, elle est prise de mouvements ayant toutes les apparences de la chorée de Sydenham. Mais en même temps on pouvait constater de l'ovaralgie, de l'anesthésie pharyngée, de l'hémi-anesthésie cutanée, tous les stigmates de l'hystérie. Cette chorée guérit brusquement un mois après, par l'application d'un aimant. Voici donc un cas qui ressemblait complétement à la chorée d'évolution par la forme du tremblement et qui cependant était une chorée hystérique.

Les faits de ce genre, réplique M. *Raymond*, prouvent simplement que le tremblement hystérique peut simuler le tremblement de la chorée de Sydenham, de même qu'il simule celui de la sclérose en plaques, celui de la paralysie agitante.

Il est évident, ajoute M. *de Gassicourt*, qu'on peut aujourd'hui rattacher à l'hystérie certaines

(1) Société médicale des hôpitaux.

chorées qu'on aurait autrefois dites rhumatismales. Mais ceci ne prouve pas que, dans la majorité des cas, la chorée n'est pas une manifestation rhumatismale, un *rhumatisme nerveux*.

M. *Comby* a insisté sur l'anesthésie du voile du palais qu'il a trouvée assez souvent, et il en a fait un argument contre la nature rhumatismale de la chorée. Mais cette anesthésie se retrouve très fréquemment chez des enfants non hystériques ; d'autre part, elle n'existe pas parfois chez des sujets hystériques. Il ne faut donc pas rechercher la tare hystérique du côté du pharynx.

M. *Rendu* dit qu'un de ses externes, répétiteur dans un lycée, a cherché l'anesthésie pharyngée chez un grand nombre d'élèves. Il l'a trouvée une fois sur cinq. On ne peut point dire cependant que le cinquième des enfants est hystérique.

En revanche, l'hémi-anesthésie cutanée a une valeur véritable. Elle ne se rencontre point dans la chorée rhumatismale, et, dans le cas de M. Chantemesse, elle suffirait à éclairer le diagnostic.

M. *Barrié* a lu plus de deux cents observations de chorée ; dans les quatre cinquièmes des cas, sa parenté avec le rhumatisme était très nette.

Expulsion de nombreux tænias.

M. *Laboulbène* a fait connaître deux faits d'expulsion, en une seule fois, de nombreux tænias inermes. Dans le premier cas, sous l'influence de la pelletiérine, vingt et une têtes de tænia furent évacuées ; dans le second, le même médicament provoqua l'expulsion de trente-cinq têtes de tænia. Ce chiffre est le plus élevé que M. Laboulbène ait relevé dans sa pratique.

La dilatation du cœur.

De nouvelles recherches, faites grâce au stéthoscope de M. C. Paul et à sa méthode de percussion par transmission des bruits du cœur aux surfaces osseuses, a amené M. G. *Sée* à poser les conclusions suivantes (1) :

La matité absolue ou petite matité du cœur n'existe pas au point de vue clinique, c'est-à-dire qu'elle ne se distingue pas de la matité générale appelée submatité.

Si le cœur est sujet à de nombreuses variations de volume qui se traduisent par l'augmentation mobile de la matité et par la persistance de celle-ci pendant quelque temps, c'est qu'il y a là de nombreuses causes d'erreur de diagnostic ; M. Sée a vu beaucoup de malades traités pendant longtemps pour une dilatation simple ou hypertrophique des parois, qui n'avaient aucune espèce de lésion ; on les avait pris au moment de la distension temporaire, sans répéter plus tard l'examen.

Au point de vue du pronostic des cardiopathies, on a, dans ces derniers temps, attaché la plus grande importance à l'état du myocarde ; il faut bien plus se préoccuper de l'état de distension ou de dilatation ou d'hypertrophie du cœur.

La plupart des lésions du myocarde, telles que les dégénérescences, les altérations fragmentaires, les états scléreux, peuvent exister sans entraîner la moindre modification morbide ; au point de vue clinique, on peut dire dans ces cas qu'il n'y a point de maladie du cœur, celle-ci ne se manifeste que s'il y a distension. Une deuxième catégorie de faits est absolument opposée : des manifestations chroniques se produisent avec tous les symptômes habituels de la cardiopathie, sans qu'il y ait la moindre lésion anatomique du muscle.

La clef de toutes ces anomalies paradoxales est dans la distension des cavités du cœur, surtout du ventricule gauche ; si celle-ci est permanente, c'est-à-dire constatable dans toute circonstance, ce sera la véritable *maladie du cœur*.

Dans ces cas, il y aura encore un départ à faire entre l'*hypertrophie* qui *peut* être favorable, surtout quand elle est véritable, c'est-à-dire quand elle résulte d'une multiplication des fibres-cellules musculaires, et la dilatation permanente qui est le plus souvent l'indice de la fatigue fonctionnelle ou de l'amincissement des parois.

Ces considérations ont un certain intérêt pratique. On n'a jamais songé à concevoir les agents cardiaques autrement que par leur pouvoir d'augmenter ou de diminuer la pression vasculaire, par leurs propriétés diurétiques, par leur faculté de ralentir ou d'accélérer les battements du cœur. Or, M. Sée, en mesurant le cœur, et en traçant sa forme sous l'influence ou plutôt sous l'impulsion des remèdes principaux *tonifiants ou régulateurs* ou dépresseurs, est arrivé à pouvoir formuler les remarques ci-dessous :

La *spartéine* est le remède qui diminue le plus et le plus promptement les dimensions du cœur ; c'est lui qui fortifie le mieux le muscle cardiaque, en augmente la tonicité ; il n'amène pas de diurèse.

La *digitaline* diminue également le volume du cœur, mais elle agit principalement sur les cavités droites, et elle ne paraît avoir d'action que si ces cavités sont préalablement dilatées, donc seulement dans un état pathologique défini.

L'*iodure de potassium* diminue également le volume du cœur, mais cet effet est moins prononcé que par la spartéine.

L'*antipyrine* augmente le volume total, sans influer en quoi que ce soit sur la pression artérielle.

Le *bromure de potassium* est dans le même cas que l'antipyrine, et dans un cas opposé à l'iodure de potassium ; il dilate le cœur dans sa totalité, peut-être plus le cœur droit.

Restent les médicaments sans portée efficace sur le cœur : telle serait la *caféine*, qui n'agit nullement sur le muscle cardiaque, et le laisse dans l'indifférence absolue. »

M. C. *Paul* fait remarquer que peut-être quelques-unes des variations du volume du cœur que relève M. G. Sée dépendent des pressions exercées sur le cœur par l'estomac.

M. G. *Sée* déclare avoir pris soin d'éliminer cette cause d'erreur.

M. *Dujardin-Beaumetz* s'étonne que l'on fasse dépendre l'élasticité du cœur d'un autre élément que le muscle cardiaque ; c'est l'état du muscle qui domine tout ; un médicament ne peut pas agir sur le cœur droit sans agir en même temps sur le cœur gauche ; les deux cœurs sont modifiés différemment parce que leur épaisseur n'est pas la même. Il n'y a pas de médicaments agissant exclusivement sur les vaisseaux.

M. *Laborde* insiste sur les modifications de volume du cœur sous l'influence des variations de l'ondée sanguine.

(1) Académie de médecine.

DERMATOLOGIE

Les érythèmes multiformes.

Il m'a été donné d'observer ces temps derniers, dans le beau service de M. le Dr Duguet, à l'hôpital Lariboisière, un remarquable cas d'un de ces états morbides si curieux sur la nature desquels l'accord n'est pas fait encore parmi les pathologistes et dont l'étude méthodique date du Viennois Hebra. Ce dermatologiste appela *érythème exsudatif multiforme* et son gendre Kaposi a repris sous le nom d'*érythème polymorphe* un ensemble de manifestations cutanées à marche aiguë, dont l'érythème, c'est-à-dire une hyperémie de la peau disparaissant momentanément à la pression du doigt est la base, mais avec accompagnement éventuel de vésicules, de bulles, d'exsudation hémorrhagique, de nodosités, et avec un cortège plus ou moins considérable de symptômes généraux qui peuvent revêtir parfois l'aspect d'une infection profonde avec déterminations viscérales multiples. M. Duguet nous faisait ressortir, avec le talent qu'il apporte à mettre en lumière les particularités cliniques que présentent ses malades, combien le jeune homme entré dans son service pour une affection au premier abord très simple, avait présenté l'allure d'une fièvre typhoïde avec endopéricardite, pleurésie, hématurie, purpura.

J'en ai vu depuis dix ans plusieurs cas semblables.

Ce fait m'a remis en mémoire une étude que j'avais entreprise en 1883 sur la question voisine de celle-ci, la nature des érythèmes noueux et papuleux qui ont été longtemps considérés comme des maladies indépendantes et qui peu à peu se sont trouvés confondus avec les autres érythémes dans le grand groupe des érythèmes multiformes.

I

Les érythèmes noueux et papuleux.

Le culte des idées générales est une des caractéristiques de l'esprit médical moderne. Ce fut d'ailleurs toujours un des attributs du génie français, et un Bazin devait naître chez nous plutôt qu'ailleurs.

En médecine, aujourd'hui, il n'y a plus guère de petite question : telle affection, qui semblait de prime abord bien limitée et toute spéciale, se trouve bientôt un champ ouvert aux controverses doctrinales les plus élevées. C'est le cas des érythémes noueux et papuleux.

Ce point de dermatologie, dont Trousseau disait que les auteurs antérieurs à lui semblent n'en faire mention que pour mémoire et dont l'histoire tout entière se résumait de son temps en un très court chapitre, est devenu du nôtre un problème extrêmement complexe dont la solution est du ressort de la pathologie générale.

Chez certains sujets, d'ordinaire encore jeunes, on peut voir apparaître des nodosités rouges, chaudes, dures et douloureuses, disséminées avec quelque symétrie sur les deux jambes et la face dorsale des pieds. Cette éruption est précédée ou accompagnée d'un malaise général, qui s'explique par un état saburral des voies digestives et un mouvement fébrile modéré. Très souvent on constate en même temps des douleurs qui siégent au niveau des jointures ou dans la continuité des membres. Au bout de quelques jours les nodosités sont devenues au centre d'une teinte violacée, à laquelle succède la gamme des colorations qui caractérisent la regression des ecchymoses.

D'autres personnes voient en quelques heures la face dorsale des mains et des avant-bras ou quelques parties du visage devenir le siége d'une éruption de taches rouges, peu saillantes, qui pâlissent sous la pression du doigt, déterminent une sensation parfois trés intense de prurit ou de picotements et disparaissent assez rapidement sans que la santé générale ait été à peine troublée.

Mais voici une autre catégorie de malades. En même temps que les éruptions cutanées évoluaient, se sont montrés des signes morbides généraux inquiétants, une fièvre ardente, des douleurs articulaires d'une grande intensité, les symptômes d'une phlegmasie viscérale, endocardite ou péricardite, pleurésie ou pneumonie ; certains de ces malades succombent.

Erythème noueux, érythème papuleux, tel est le diagnostic dans les trois cas, — érythèmes bénins dans les deux premières catégories de malades, graves dans la dernière.

Quelle est donc la nature de ces singuliers états morbides qui, présentant comme caractère commun une lésion cutanée de faible importance par son étendue, sa profondeur et sa durée, ont tantôt si peu d'influence sur la santé générale qu'ils méritent à peine le nom de maladie, tantôt s'accompagnent d'un retentissant cortège de symptômes généraux et peuvent tuer même?

Cet érythème noueux n'est-il, comme on l'a dit, qu'une dermatite contusiforme ? Cet érythème papuleux n'est-il qu'une hyperémie localisée sur quelques centimètres de peau ? N'y a-t-il pas derrière ces altérations cutanées quelque influence plus haute et plus générale ?

Le chef de l'école dermatologique de Vienne, qui a fait de l'anatomie pathologique sa préoccupation presque exclusive, Hebra, prenant pour base le caractére commun d'un grand nombre de manifestations cutanées érythémateuses, l'hyperémie avec exsudation, les a confondues sous la rubrique d'*érythème polymorphe* ou d'érythéme *exsudatif multiforme*, quelle que fût la variété de leurs aspects morphologiques (ce qui a été considéré avec raison comme un progrès au point de vue spécial de la nomenclature dermatologique), mais sans se préoccuper des autres troubles de la santé concomitants (ce qui n'est rationnel ni au point de vue vraiment scientifique de la nosologie générale, ni au point de vue pratique du pronostic et de la thérapeutique).

Ecoutez plutôt Kaposi, gendre et disciple de Hebra : « En dehors des phénomènes objectifs, je n'ai pas à signaler de symptômes subjectifs dignes d'attention ; quelquefois une légère sensation de cuisson.... parfois des douleurs réelles dans les articulations des doigts, du poignet, aux malléoles (1). » Pourtant il parlera un peu plus loin de l'intensité possible des phénomènes concomitants et des complications, troubles gastriques, fiévre intense, symptômes de dépression nerveuse, et phlegmasies viscérales mortelles. Il faut avouer que voilà un cortège bien bruyant pour une simple hyperémie cutanée, et l'on aurait lieu d'être

(1) *Leçons sur les maladies de la peau,* traduites et annotées par E. Besnier et Doyon.

surpris si on ne savait que les auteurs allemands décrivent la rougeole, la scarlatine, et la variole dans les traités de dermatologie.

Notre Trousseau n'était-il pas plus médecin, écrivant ceci ? « A proprement parler, malgré le titre générique sous lequel on le désigne, et que je lui conserve faute d'une meilleure dénomination, l'érythème noueux n'est pas plus une variété de l'érythéme que la variole n'est une variété de l'ecthyma, bien que, considérée isolément, la pustule variolique ressemble souvent à s'y méprendre à une pustule d'ecthyma. L'érythéme noueux est une maladie à part, spécifique ; celle-ci, à côté de ses manifestations locales, présente aussi un ensemble de symptômes généraux qui ne sont pas plus sous la dépendauce de l'affection locale de la peau que la fiévre de la variole ou de la rougeole n'est sous la dépendance de l'éruption. »

Ainsi, avec l'école française, la question s'élargit et s'éléve. L'érythème noueux, l'érythéme papuleux sont des manifestations d'un état morbide général, tout le monde l'admet en France, et dans les remarquables commentaires dont MM. Ernest Besnier et Doyon ont illustré sous forme de notes l'ouvrage de Kaposi, ils ont bien élargi l'étroit point de vue de l'Ecole allemande. Nous reviendrons plus loin sur les pages qu'ils ont consacrées aux érythémes multiformes dans la deuxième édition qu'ils viennent de publier.

Toutefois, le probléme, mieux posé, n'est pas encore résolu, ou du moins plusieurs solutions en ont été offertes. — Est-ce une même influence pathologique qui peut créer alternativement ou simultanément ces deux formes d'érythème ? — Si cet état morbide est un, est-il diathésique, spontanément engendré dans l'organisme ? — Est-il d'origine extérieure, infectieuse peut-être, spécifique en tout cas ?

L'érythème papuleux et l'érythème noueux sont-ils des MANIFESTATIONS CUTANÉES DU RHUMATISME ?

Bouillaud, dans son *Traité clinique du rhumatisme articulaire*, donnait déjà plusieurs observations où cette affection coïncidait avec l'érythéme noueux et ne méconnaissait pas leurs connexions. Rayer signalait l'érythème papuleux chez les rhumatisants. Lorsque Schoenlein, en Allemagne, pensant décrire une maladie nouvelle, eut emprunté le nom de *péliose rhumatismale*, sous lequel Alibert avait décrit l'hémorrhagie interstitielle de la peau (2), Duriau et Max. Legrand démontrérent que la péliose de Schoenlein ne différait pas de l'affection décrite en France sous le nom d'érythème noueux rhumatismal (3).

Pour Bazin, l'érythème noueux fait partie des arthritides pseudo-exanthématiques érythémateuses ; l'érythéme papuleux est une arthritide séche érythémateuse.

M. E. Besnier s'exprime très nettement dans ce sens (1). Ce sont des affections identiques, des *dermopathies rhumatismales* ; des formes, différentes comme aspect objectif, de l'érythéme qui accompagne si souvent le rhumatisme articulaire aigu ; — la plus habituelle étant la forme papuleuse, la forme noueuse, la moins commune, — bien que celle-ci puisse « être considérée comme le type des pseudo-exanthèmes accompagnés de manifestations rhumatoïdes ou rhumatismales, suivant la remarque très judicieuse de M. Siredey. »

Mon regretté maître M. Siredey (1) a exposé, en effet, avec une grande précision, les arguments que lui avaient suggérés certains faits cliniques en faveur de la nature vraiment rhumatismale, et non pas seulement rhumatoïde, des arthropathies de l'érythème noueux : l'influence de l'hérédité, les antécédents pathologiques, l'apparition spontanée des fluxions articulaires, la courte durée et la mobilité de la rougeur, du gonflement et de l'épanchement articulaires, l'endocardite enfin.

Mais il ne suffit pas de montrer la coïncidence de l'érythème noueux et du rhumatisme vrai ; il faut prouver que l'éruption et l'arthrite sont de nature identique et subordonnées l'une et l'autre à la diathèse rhumatismale. « Que penserait-on du médecin qui verrait une simple coïncidence entre l'éruption de la rougeole et l'inflammation des muqueuses oculaire, nasale, pharyngo-laryngée, trachéale et bronchique ? — Qui pourrait croire à une simple succession d'états morbides différents entre l'angine primordiale, l'éruption de la scarlatine et l'albuminurie consécutive ? — Faudrait-il aussi n'admettre qu'une simple coïncidence entre le rhumatisme articulaire et l'inflammation des séreuses du cœur ? Dès lors, comment peut-on se refuser à admettre que l'érythème noueux, survenant chez des sujets prédisposés au rhumatisme, coïncide ou alterne avec des arthrites compliquées d'endocardite, sans que cette éruption ait une connexion intime, une parenté étroite et une identité absolue de nature avec le rhumatisme ? .... D'ailleurs l'érythème noueux se fait par poussées successives, de même que le rhumatisme envahit les articulations une à une, et successivement. — Les premières plaques apparues entrent en résolution quand d'autres surgissent, comme une jointure vivement affectée devient moins douloureuse quand une autre est envahie. — L'éruption se fait sur les membres, et elle est surtout confluente au niveau des jointures, qui sont le siège de prédilection du rhumatisme. — Enfin, malgré le volume et la dureté, qui font parfois ressembler à l'anthrax les nouures de l'érythème, ces noyaux ne suppurent pas et, comme les épanchements articulaires du rhumatisme franc, ils entrent en résolution compléte. »

Trousseau n'était pas éloigné de la doctrine de Bazin en ce qui concerne les connexions des érythèmes noueux et papuleux avec le rhumatisme. Il s'exprime toutefois avec peu de netteté en ce qui concerne les analogies réciproques de ces deux variétés d'érythéme ; ainsi, aprés avoir déclaré qu'ils diffèrent assez pour constituer deux espèces, que l'érythéme noueux est généralement bénin, tandis que l'érythème papuleux lui est apparu souvent comme une affection grave, il ajoute « qu'on n'observe jamais d'érythéme noueux sans papules assez nombreuses et que quelquefois on trouve de véritables nouures dans l'érythème papuleux (2) ».

La coexistence possible et même fréquente des deux formes d'érythéme est un fait certain ; d'ailleurs elle s'explique, puisque « la nodosité

(1) Bazin. *Affections de nature arthritique et dartreuse*, p. 99.
(2) *Revue de médecine*, février 1858.
(3) *Annales de Dermatologie*, 1876-77.

(1) *Annales de Dermatologie*, 1870-71.
(2) *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. I.

dépend souvent, d'une manière exclusive, du siège de l'érythème aux membres inférieurs et particulièrement aux jambes où la faculté d'œdématie est portée à un haut degré. Il n'est rien d'aussi ordinaire que de voir l'érythème assez plat aux membres supérieurs ou autour du genou, devenir tout à fait noueux dans les régions tibiales (1) ».

Pourtant certains auteurs sont d'avis qu'il faut séparer nettement l'érythème papuleux du noueux. M. Fabre (de Commentry) pense que le premier fait partie de l'érythème multiforme ou maladie de Hebra, tandis que le second doit être rattaché à la péliose rhumatismale de Schönlein (2).

Les érythèmes noueux et papuleux sont-ils des AFFECTIONS SPÉCIALES *distinctes du rhumatisme* ? C'est l'opinion de M. le professeur Hardy.

D'après lui, les phénomènes articulaires manquant dans plus de la moitié des cas, quand il y a coexistence d'érythème papuleux et de rhumatisme, le premier doit être considéré comme la maladie principale dont le rhumatisme n'est qu'une complication. A propos de l'érythème noueux, M. Hardy répète « que les phénomènes rhumatismaux ne sont pas assez constants, ni même assez communs pour qu'on voie en eux, autre chose qu'une complication semblable à celle qu'on rencontre si souvent dans la scarlatine (3) ».

Mais quelle serait alors la nature de cette maladie spécifique qui n'est pas le rhumatisme? Elle serait *voisine des fièvres éruptives*, d'après les travaux les plus récents.

Du moins il y aurait lieu d'établir des catégories dans les faits cliniques. Ainsi M. Talamon, exposant les idées de M. le professeur G. Sée, pense qu'on doit absolument séparer l'érythème noueux de l'érythème papuleux. Ce dernier paraît nettement de nature rhumatismale, ainsi peut-être que certains cas hybrides d'érythèmes papulo-noueux « dont le diagnostic fort délicat avec l'érythème noueux serait plutôt affaire de sentiment que de raisonnement » (4).

Parmi les érythèmes noueux, il faudrait encore distinguer deux formes, l'une apyrétique, bénigne; peut-être rhumatismale ; l'autre fébrile, grave par ses complications, notamment par des phlegmasies pleuro-pulmonaires.

M. Rondot (5) a étudié avec soin *l'érythème noueux fébrile* ; il insiste sur les caractères de la fièvre, des douleurs, des localisations viscérales, sur les papules qui envahissent parfois les muqueuses, la conjonctive notamment ; enfin sur l'anémie et la leucocytose très prononcée qu'il a observée dans plusieurs cas.

Tantôt la *fièvre* évolue *rapidement* ; l'élévation thermique devance l'éruption, persiste plusieurs jours et s'éteint par des oscillations régulières ; les poussées éruptives ultérieures sont précédées parfois d'une ascension vespérale.

Tantôt la fièvre se prolonge avec les caractères d'une *continuité* véritable, sans que les complications viscérales en soient seules les causes, et les tracés se rapprochent de ceux de la fièvre typhoïde.

Les *manifestations douloureuses* sont le plus souvent liées à l'apparition des plaques cutanées, qui, siégeant au niveau des jointures, déterminent des *douleurs périarticulaires* qu'on a tort d'attribuer alors au rhumatisme. Il existe aussi des *arthralgies* et des *douleurs tendineuses*, probablement dues à des poussées d'érythème vers les synoviales, poussées généralement trop bénignes pour causer de la rougeur et du gonflement comparables aux fluxions mobiles du rhumatisme. Les *douleurs névralgiques* se montrent également dans les membres inférieurs sur les portions des téguments respectées par l'érythème. Cette *hyperalgésie* résiste habituellement à l'administration des préparations salicylées.

Parmi les *complications*, l'*endocardite* serait la plus fréquente ; puis viennent la pleurésie, la bronchite, la péricardite et l'*albuminurie*. L'altération du sang se traduit souvent par une *anémie* avec *leucocytose* prononcée.

En ce qui concerne les relations entre l'endocardite et des lésions cutanées, certains auteurs avaient supposé que ces dernières étaient des foyers emboliques d'origine valvulaire, soit que l'embolie agît par elle seule et mécaniquement (Bohn), soit qu'elle déterminât par sa nature septique une affection des capillaires de la peau (Zuckholdt et Odier). L'évolution absolument indépendante des phénomènes cardiaques et cutanés ruine cette théorie trop ingénieuse. Il paraît plus naturel de faire dépendre la manifestation cardiaque du même *état général* qui détermine les arthropathies. Cet état serait d'*ordre infectieux*, et les arthropathies assimilables aux autres *pseudo-rhumatismes* décrits par M. le professeur Bouchard dans tant de maladies nettement infectieuses, érysipèle, puerpéralité, scarlatine, variole, blennorrhagie.

C'est à la même conclusion qu'arrivent MM. Sée et Talamon, avec cette différence que, d'après les observations recueillies par eux, la *pleurésie* serait la complication la plus fréquente. « L'érythème noueux est une *fièvre spécifique* analogue aux fièvres éruptives. Bénigne le plus souvent, cette fièvre peut se compliquer d'accidents du côté de l'appareil respiratoire, pleurésie surtout, parfois aussi broncho-pneumonie. Cette pleurésie n'aurait pas, en général, de caractères spéciaux ; pourtant, dans une autopsie, on a noté le développement en plaques ou foyers successifs et distincts, l'épaisseur anormale et l'abondance de l'exsudat fibrineux, la faible quantité de liquide épanché. Les complications pleuro-pulmonaires relèvent directement du principe spécifique de la maladie comme l'érythème lui-même ; d'un pronostic bénin d'ordinaire, elles peuvent cependant, par exception, entraîner la mort. »

II

Erythème polymorphe.

En 1884 mon ami P. de Molénes-Mahon concluait ainsi une remarquable monographie inspirée par son maître M. Ernest Besnier :

L'érythème polymorphe, primitivement décrit par Hebra sous le nom d'érythème exsudatif multiforme, se caractérise par des troubles généraux avec manifestations viscérales sur lesquels les auteurs n'ont pas suffisamment insisté.

Les manifestations cutanées comprennent, ou-

(1) Note des traducteurs de Kaposi, t I. p. 379.
(2) *Gazette médicale de Paris*, 1882.
(3) Article *Erythèmes du Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques.*
(4) *Progrès médical*, 1883.
(5) *L'érythème noueux fébrile et ses complications*, 1883.

tre les différents érythémes, annulaire, marginé, iris, gyraté, papuleux, etc., l'érythème noueux, l'herpès iris, l'hydroa et le pemphigus aigu, qui ne sont que les formes noueuses, vésiculeuses, bulleuses de l'érythème polymorphe.

Les troubles généraux sont ceux qu'on observe dans toutes les pyrexies éruptives, tantôt à peine marqués, tantôt fort graves. Les manifestations viscérales, les complications tiennent soit au siège de l'éruption sur un organe interne, soit à l'infection générale de l'économie ; les plus fréquentes sont l'angine, la broncho-pneumonie, l'endocardite, la péricardite, la néphrite et le pseudo-rhumatisme.

Plus fréquent chez la femme que chez l'homme, et à certaines époques, au printemps et à l'automne, l'érythème polymorphe survient surtout chez les individus surmenés, débilités par une cause générale quelconque. Les troubles de la menstruation, les lésions des organes génito-urinaires paraissent avoir une influence prédisposante.

Dermopathie rhumatismale pour le plus grand nombre des auteurs, français surtout ; angionévrose pour certains auteurs allemands, l'érythème polymorphe, que l'on observe secondairement dans un très grand nombre de maladies infectieuses, est souvent aussi sous la dépendance d'un état infectieux non classé, se rattachant à une catégorie de faits bien déterminés, auxquels peut s'appliquer le nom d'érythémes polymorphes infectieux proprement dits.

Depuis le travail de M. de Molènes la division qu'il proposait des érythémes polymorphes en érythèmes infectieux primitifs et en érythèmes secondaires à un autre état morbide soit infectieux lui-même, soit médicamenteux, c'est-à-dire toxique, a paru de plus en plus légitime.

Dans la récente réédition du livre de Kaposi, MM. Ern. Besnier et Doyon ont consacré plusieurs pages à la pathogénie des érythèmes multiformes. L'idée que le rhumatisme articulaire aigu est une infection a fait beaucoup de chemin, de sorte que dire d'un érythème qu'il est rhumatismal n'est pas nier sa nature infectieuse. D'autre part, nous savons la part qu'il faut faire aux infections secondaires dans toute maladie infectieuse, l'entrée de l'agent pathogène primordial ouvrant la porte de l'organisme à d'autres. Enfin nous savons que les agents infectieux n'affectent guère l'organisme que par les poisons solubles (ptomaïnes, alcaloïdes, diastases) qu'ils y fabriquent et dont ils l'inondent, de sorte qu'entre les érythémes causés par des poisons microbiens et les érythémes causés par des poisons médicamenteux il y a une analogie incontestable.

On se trouve ainsi amené à penser que l'érythème polymorphe est anatomiquement et physiologiquement un trouble de l'innervation vasculaire, c'est-à-dire une conséquence de l'irritation des centres nerveux vaso-moteurs par un poison, irritation qui se traduit sur la peau par des zones de congestion, d'œdéme, des exsudations albumines, séreuses ou sanguinolentes : les troubles viscéraux qui accompagnent la manifestation cutanée sont aussi la conséquence de l'intoxication. Le poison est tantôt fabriqué par un microbe introduit primitivement dans l'organisme (*érythèmes polymorphes infectieux primitifs*) ou entré secondairement à un autre : *érythème multiforme secondaire* (tels sont ceux qui accidentent l'évolution du rhumatisme, du choléra, de la blennorrhagie, des typhus, du puerpérisme, des endocardites infectieuses, de la tuberculose, de la syphilis, de la lèpre).

Mais souvent il y a lieu de tenir compte, pour expliquer l'apparition de l'érythème de l'action toxique des médicaments administrés au cours de ces maladies, quinine, copahu, mercure, iode, antipyrine, éther, opium, acétate d'ammoniaque, etc., etc. Car un fait est incontestable, c'est que ces médicaments peuvent déterminer à eux seuls l'érythème multiforme chez certains sujets sains en vertu d'une prédisposition individuelle que la maladie accroît encore en entravant le fonctionnement des émonctoires.

P. Le Gendre.

CORRESPONDANCE

Rambervillers, ce 15 juin 1891.

Monsieur le Directeur et très honoré Confrère,

J'ai pris connaissance des commentaires aigres-doux, dont vous faites suivre la reproduction de la lettre de M. le Dr Lereboullet, dans le nº du « *Concours médical* », du 13 juin 1891.

Permettez-moi d'user de mon droit de réponse en vous priant d'insérer dans l'un des prochains numéros de ce journal les observations que je crois devoir faire aux assertions que vous émettez, au moins pour ce qui me regarde personnellement.

Et d'abord, je tiens à vous affirmer à nouveau qu'il m'était particulièrement, et pour des motifs que je n'ai pas à vous faire connaître, désagréable d'être proposé par vous comme candidat aux dernières élections de l'Association générale. Je n'ai et n'aurai certainement pas à me raviser, dans l'avenir, malgré vos insinuations, et cela pour la bonne raison, c'est que je trouve que là n'est pas ma place.

Veuillez donc considérer la question du « *bénéfice assuré* » et celle de « *la manifestation platonique* », malgré l'excellente compagnie où vous m'aviez placé, comme liquidées.

Vous affirmez que je vous ai « *asséné de lourds pavés, dans la meilleure intention* ». Ces termes sont peu flatteurs et pour vous et pour moi.

Mais c'est la fable de l'ours et de l'amateur de jardins que vous invoquez là. En bon français, cela ne veut-il pas dire que pour vous je ne suis qu'un sot ? Comment avez-vous pu mettre « *en scène, à tant de reprises, depuis des années* » un sot de ma façon ?

Vous m'avez *appuyé et réconforté dans mes découragements fréquents, mes luttes, mes difficultés*. Cela est vrai, mais en partie seulement. Mes découragements n'ont pas été aussi fréquents que vous voulez bien le dire.

J'ai là, sous les yeux, toutes les lettres que vous avez bien voulu m'écrire.

Sans doute, j'ai eu quelque peine à rendre viable notre syndicat Vosgien. Vous m'avez soutenu, j'en conviens et vous en remercie à nouveau. Vous m'avez dit : Montez, ayez bon espoir, on réussit toujours quand on persévère.

J'ai certainement trouvé auprès de vous un appui moins réconfortant quand nous avons mené notre campagne contre l'exercice civil des médecins militaires. Vous ne partagiez pas absolument notre opinion, et je le comprends. Où l'accueil a été un peu plus froid, où le Bureau de l'Union s'est nettement prononcé contre notre attitude, c'est lorsque nous avons cru devoir défendre contre l'administration préfectorale un de nos confrères qui avait été frappé par notre préfet à cause de ses opinions et de son attitude politiques. A ce moment-là vous m'avez dit : Vous êtes des maladroits, on ne lutte pas contre l'administration. Il faut toujours et quand même ménager l'autorité constituée.

C'est parce que notre Association syndicale n'a pas

toujours trouvé, dans les circonstances que je viens de vous rappeler sommairement, l'appui et le réconfort que vous nous reprochez aujourd'hui, que dans l'une de ses dernières réunions elle a refusé unanimement de continuer à adhérer à l'Union des syndicats médicaux de France.

En regard des services que vous avez pu me rendre comme président de notre Association Syndicale Vosgienne, je me permettrai de vous dire, que, dans plusieurs de nos réunions, j'ai pris très courageusement et très vigoureusement la défense de l'œuvre du Concours et même celle de votre personne, qui avaient été très violemment attaquées par quelques membres. Je ne me serais jamais permis de vous faire connaître ces détails, si vous n'aviez pas cru devoir dire à vos lecteurs tout ce que je vous dois de reconnaissance. Vous pourrez constater vous-même que je me suis fait un plaisir de vous rendre justice, il n'y a pas longtemps encore, dans le dernier numéro du *Bulletin médical des Vosges.*

Je me permets de vous donner mon appréciation personnelle et j'estime que vous voyez tous ces petits événements à travers des verres grossissants. J'ignorais, je vous l'avoue, que je dusse ma nomination de membre du conseil supérieur de l'Assistance publique au patronage du « *Concours médical* ». Décidément, je ne suis qu'un ingrat, comme je ne suis qu'un sot. Ne vous faites-vous pas légèrement illusion? Notre ancien préfet, M. Bœgner, actuellement préfet du Loiret, auquel on a décerné une médaille d'or pour l'organisation du service sanitaire dans les Vosges, n'a-t-il obtenu cette distinction que grâce « *au Concours* »? Permettez-moi d'en douter. Je suis heureux de reconnaître que c'est dans le travail publié dans « *le Concours médical* » par le Docteur Mignen, que j'ai puisé les éléments fondamentaux du système d'assistance que j'ai préconisé pour notre département. Je l'ai dit et je l'ai répété, je le répète encore, ne me préoccupant pas de savoir si mon mérite peut en être ou non diminué. Chaque fois que l'occasion s'en est présentée, j'ai insisté sur la valeur considérable du travail du Docteur Mignen, qui ne méritait certainement pas d'être relégué au second plan, comme il l'a été un peu systématiquement — c'est du moins mon modeste avis — jusqu'à ces deux dernières années.

J'ignore si la rectification que M. le Dr Lereboullet a bien voulu insérer a réellement « *détonné* », selon votre expression, dans la « *Gazette hebdomadaire* ». Ce que je sais, c'est qu'en l'adressant à ce journal, qui du reste a bien voulu, à différentes reprises, accueillir d'autres de mes communications, j'ai voulu prouver que je désirais conserver mes libres allures, montrer que je n'étais inféodé à personne, et que bien qu'ayant été mis en scène à différentes reprises, je n'étais et ne voulais pas être un automate, du nom duquel une personnalité, même aussi éminente que la vôtre, pouvait disposer à son gré et selon son bon plaisir. Pour me maintenir dans votre style imagé, je vous déclarerai que j'ai trouvé votre pavé un peu lourd, malgré la bonne intention qui vous animait, et dont je vous remercie bien sincèrement.

Si longue que soit cette nouvelle rectification, j'ose espérer qu'elle trouvera place dans les colonnes du « *Concours* » et que vous me ferez l'amabilité d'envoyer le numéro du journal qui la contiendra à tous les confrères, même aux membres du Concours, auxquels vous avez jugé bon de faire adresser le numéro dans lequel vous vous occupez de ma modeste personne.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur et très honoré Confrère, l'assurance de mes sentiments reconnaissants et bien dévoués.

P. Lardier,
Président de l'Association Syndicale des médecins des Vosges.

Il nous serait bien facile de relever quelques assertions de notre très honoré confrère, nous préférons nous abstenir et répéter : Much ado about nothing. A. C.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat des Médecins de Rouen (1).

Les Statuts de l'Association professionnelle des médecins de Rouen ne présentent rien de particulier : la Société a pour but de soutenir et de défendre, par tous les moyens de droit, les intérêts moraux et matériels de ses adhérents :

1° Par l'établissement de rapports fréquents entre les médecins, de façon à éviter les malentendus et dissiper les conflits qui pourraient surgir entre confrères ;

2° Par le développement de l'union et la solidarité indispensables à la considération et aux intérêts de tous ;

3° Par l'étude des questions intéressant la situation individuelle ou collective de ses Membres et l'application des mesures efficaces pour leur assurer la juste rémunération de leur travail ;

4° Par l'établissement de règles déontologiques librement consenties ;

5° Par la poursuite de l'exercice illégal de la médecine ;

6° En un mot, par l'appui qu'elle donnera à ses adhérents dans toute question professionnelle.

Voici des extraits de quelques-unes des séances du Syndicat.

Extrait du procès-verbal de la séance du 14 février 1890.

A l'occasion du procès-verbal, M. Debout demande à M. Hélot si le secret professionnel n'est pas violé par une confidence à un médecin.

M. Hélot répond affirmativement, mais en matière d'assurances sur la vie, celui qui demande un certificat à un médecin ne peut pas demander le secret, puisque le certificat doit être produit à la Compagnie d'assurances. Il y a intérêt aussi bien pour la Compagnie d'assurances que pour le médecin à ne pas remettre le certificat à l'agent intermédiaire. Ce certificat doit être envoyé directement à la Compagnie.

M. Douvre, président sortant, prononce le discours suivant :

« Mes chers Confrères,

« Je ne peux pas quitter ce fauteuil sans vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à vous présider pendant deux années consécutives.

« Permettez-moi de vous remercier également du concours assidu et éclairé que vous avez apporté dans l'examen des questions que nous avons étudiées ensemble ; ces questions n'ont été ni variées, ni nombreuses, il est vrai, mais je crois qu'en ce qui touche les rapports des médecins avec les compagnies d'assurances sur la vie, nous avons arrêté des règles de conduite qui seront utiles à ces médecins.

« Les Confrères, qui ont assisté aux séances et qui ont pris part aux discussions, savent combien elles ont été approfondies ; quant à ceux qui n'ont pas pu y prendre part, ils trouveront, dans les excellents procès-verbaux et les comptes rendus de notre dévoué Secrétaire, tous les renseignements dont ils pourraient avoir besoin.

« En même temps que je cède la présidence à notre

(1) Nous espérons que nos confrères de Rouen voudront, bientôt, adhérer à l'*Union* et joindre leurs efforts professionnels, à *ceux* de tous les autres Syndicats. A. C.

sympathique confrère le docteur Delabost, je suis heureux de lui remettre une lettre de M. le Procureur général près la Cour d'appel, qui communique à l'Association professionnelle une circulaire de M. le Ministre de la justice demandant l'avis des Syndicats et Associations professionnelles des Médecins sur l'élévation du tarif des honoraires des médecins légistes.

« L'importance de cette lettre ne vous échappera pas ; elle prouve surabondamment que si nous n'avons pas encore une existence légale, nous avons une existence quasi-officielle dont on reconnaît l'autorité et la compétence en matière de questions professionnelles.

« Je n'ai pas besoin de vous recommander d'étudier avec soin la question qui vous est soumise et d'élaborer une solution équitable et digne des Confrères qu'elle intéresse.

« Et maintenant, mes chers Confrères, soyez bien convaincus qu'en descendant du fauteuil présidentiel pour rentrer dans le rang, je resterai, comme par le passé, un collaborateur aussi assidu que mes occupations me le permettront. »

M. Delabost répond en ces termes :

« Mes chers Collègues,

« En m'appelant à la présidence de notre Société, vous m'avez fait un honneur dont je tiens à vous remercier, mais dont je ne me dissimule pas les difficultés et les périls.

« Bien qu'elle compte déjà plusieurs années d'existence, l'Association professionnelle des Médecins de Rouen n'a pas encore acquis la vitalité qu'elle devrait avoir. Pourquoi ?

« Je crois que cela provient surtout de ce qu'elle est mal connue et de ce que son but n'est pas encore bien compris.

Parmi ceux de nos Confrères qui n'en font point partie, il en est, sans doute, qui s'imaginent qu'elle est inutile, qu'elle est une superfétation, une rivale de sa sœur aînée, l'Association des Médecins du département, ou bien qu'elle ne s'occupe que de questions d'un ordre assez peu élevé et menace d'engager ses Membres dans une voie où il ne leur conviendrait pas d'entrer.

« Cette supposition me paraît d'autant plus vraisemblable, que j'ai, moi-même, partagé quelques-unes de ces préventions, et que ce fut la raison de mon entrée tardive dans la Société.

« Il faut arriver à convaincre nos Confrères dissidents que c'est là une erreur. Les deux Sociétés marchent parallèlememt sans se porter ombrage ; l'une est le complément pour ainsi dire local de l'autre et non une rivale ; il est facile de le prouver. La plupart d'entre nous ne font-ils pas également partie de l'autre Association ?

« Si les statuts des deux Sociétés présentent, ce qui était inévitable, quelques points de contact, ne diffèrent-ils pas essentiellement dans leurs parties fondamentales ?

« La plus ancienne des deux Associations englobe les médecins du département tout entier ; l'autre ne comprend que les médecins de Rouen et des communes limitrophes ; ce qui permet des réunions plus fréquentes, dont il serait superflu de démontrer les avantages multiples.

La première est, par-dessus tout, une Association de prévoyance et de secours mutuels, et se propose « *de venir au secours des Sociétaires que l'âge, les infirmités, la maladie, des malheurs immérités réduisent à un état de détresse ; — de secourir les veuves, les enfants, les descendants laissés sans ressources par des Sociétaires décédés ; — de fonder dans l'avenir une caisse de retraite ; de préparer et de fonder les institutions propres à compléter et perfectionner son œuvre d'assistance.* »

« La seconde a pour but « *de soutenir et de défendre, par tous les moyens de droit, les intérêts moraux et matériels de ses adhérents.* »

« Ces simples citations, empruntées aux statuts des deux Sociétés, suffisent à indiquer en quoi elles se différencient. Leurs points de ressemblance se trouvent indiqués dans les deux paragraphes suivants des statuts de l'Association des Médecins du département : « *donner aide et protection à ses membres ; — maintenir, par son influence moralisatrice, l'exercice de l'art dans les voies utiles au bien public et conformes à la dignité de la profession.* »

« Ce but commun ne saurait créer entre les deux Associations une fâcheuse rivalité, mais plutôt, au contraire, une émulation louable et utile.

« Sous ce rapport donc, les Confrères que nous serions heureux de voir se joindre à nous pourront reconnaître, je l'espère, que leur abstention n'est point justifiée.

« Pour répondre aux autres objections, il n'y a qu'à énumérer les moyens par lesquels notre Société prétend atteindre le but qu'elle poursuit.

« Elle soutient les intérêts de ses adhérents :

« *1° Par l'établissement de rapports fréquents entre les médecins, de façon à éviter les malentendus et dissiper les conflits qui pourraient surgir entre confrères :*

« *2° Par le développement de l'union et la solidarité indispensables à la considération et aux intérêts de tous ;*

« *3° Par l'étude des questions intéressant la situation individuelle ou collective de ses membres et l'application des mesures efficaces pour leur assurer la juste rémunération de leur travail ;*

« *4° Par l'établissement de règles déontologiques librement consenties ;*

« *5° Par la poursuite de l'exercice illégal de la médecine ;*

« *6° En un mot, par l'appui qu'elle donnera à ses adhérents dans toute question professionnelle.* »

« Les actes de la Société démontrent qu'elle s'est, jusqu'ici, strictement tenue dans les limites de cette mission aussi utile qu'inattaquable. De telle sorte que les préventions qui pourraient subsister encore n'ont plus de raison d'être.

« Ce sera le devoir de notre nouveau Président de maintenir votre rôle, vos délibérations dans la même voie, le même esprit, les mêmes errements, et de s'efforcer d'attirer à nous ceux de nos Confrères qui en sont restés éloignés.

Il est procédé ensuite au deuxième vote sur les deux propositions relatives au mode de rédaction des certificats d'assurances par les médecins des Compagnies.

La première proposition, consistant dans les réponses laconiques conseillées par la Société de la Gironde, est définitivement rejetée.

Quant à la deuxième proposition, une nouvelle rédaction est proposée en ces termes :

Le certificat avec les réponses détaillées sera adressé directement au siège social de la Compagnie, sans passer par les mains des agents locaux.

Rapport sur la proposition de M. Debout de réduire à 5 francs la cotisation annuelle.

« Après discussion sur la proposition, il a été con-

venu entre MM. Douvre et Boucher que, malgré l'état prospère de nos finances, il y aurait lieu d'attendre au moins un an ou deux avant l'adoption du projet présenté.

« La raison sur laquelle les rapporteurs se basent est la suivante :

« L'*Association professionnelle des Médecins de Rouen* est, en réalité, un syndicat médical, titre légitimé dorénavant par la récente circulaire du Ministre de la justice, et à ce point de vue, elle doit venir en aide pécuniairement aux Membres de la Société qui feraient appel à son assistance. En conséquence, l'encaisse doit être suffisant pour parer aux frais de justice dans un procès.

« Vu les frais de procédure, une seule affaire entraînerait la dépense de la presque totalité de nos ressources actuelles. Si alors un deuxième procès avait lieu dans ces conditions, la Société devrait abandonner à lui-même celui de ses Membres dont les intérêts seraient lésés et ne poursuivre aucune revendication, car le Syndicat, d'après les statuts, même dans cette circonstance, ne pourrait demander aux Sociétaires un supplément de cotisation.

« Il faut donc que le capital actuel soit doublé pour parer, le cas échéant, à deux affaires qu'il faudrait soutenir éventuellement dans le courant d'une même année.

« Ce capital constitué, il y aurait lieu d'admettre la proposition de M. Debout, tout en augmentant alors le droit d'entrée dans la Société, à un double point de vue :

« 1° Pour compenser la diminution de la cotisation des membres actuels de la Société, ainsi que le demande M. Jude Hue ;

« 2° Pour que les nouveaux adhérents ne jouissent pas d'emblée des privilèges et avantages attachés à l'Association, sans avoir participé d'une façon autant que possible proportionnelle à la constitution du capital qui doit servir à soutenir les revendications de ses membres.

« Nous concluons au maintien de la cotisation actuelle quant à présent. »

Le secrétaire,
DEBOUT.

REPORTAGE MÉDICAL

La commission du projet de loi sur l'exercice de la médecine se compose de MM. les sénateurs : Bardoux, Combes, Coste, Couturier, Cornil, Libert, Delsol, Lemonnier, Lesouëf. — Elle a choisi pour président M. *Cornil*. Favorable au projet de loi, en général, elle se divise sur la question *de l'officiat* : 4 voix pour son maintien ; trois contre. C'est pourquoi on a proposé de consulter les ***conseils généraux*** sur ce point. La réponse, comme celle des plébiscites, dépendra de la façon dont la question sera posée.

La commission a été mieux inspirée quand elle a songé à remettre, dans la loi, l'article renvoyé à la loi sur la pharmacie, relatif au droit du médecin d'exercer la pharmacie en certains cas. Nous tiendrons nos lecteurs au courant des événements.

Nous sommes particulièrement heureux de faire part à nos lecteurs de la récompense décernée ces jours-ci, à l'un de nos plus sympathiques confrères, membre de notre Société.

(Extrait du *Bulletin de la Société d'encouragement au bien*). Prix à M. le Dr *Boyron*, des *Hautes-Pyrénées*, (*Ardennes*). A servi au 7e de ligne, rengagé en 1870. Blessé à *Borny*, médecin des Douanes, services exceptionnels pendant les inondations et la débâcle de la *Semoy*. Auteur d'un volume de poésies : Les *Chants du Bivouac*.

SOUSCRIPTION CHEVANDIER

3e *liste* (*suite*).

MM. les docteurs Ménard, de St-Vaast-la-Hougue (Manche). — Beauzon, de Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire). — Toupance, de Dixmont (Yonne). — Landry, de Paris. — Boimond, de St-Jeoire (Savoie). — Duhourcau, de Cauterets. — Roland, de Dijon (Côte-d'Or). — Petitclerc, de Rouen (Seine-Inférieure). — Barnay, de Paris. — Syndicat du Médoc (Gironde). — Pireyre, de St-Amand-Tallende (Puy-de-Dôme).

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Treizième année — N° 26 — 27 Juin 1891

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Les chats et la diphtérie.

Les chats contractent, paraît-il, très aisément la diphtérie et par conséquent doivent être regardés comme pouvant disséminer cette maladie. Voici quelques exemples que l'Office d'hygiène de Londres a fait connaître.

Un chat qui avait été en contact avec un petit garçon mort de la diphtérie, tomba malade à son tour. Il fut soigné par quatre petites filles ; l'une d'elles contracta la diphtérie, et une sérieuse enquête démontra qu'on ne pouvait incriminer aucune source d'infection autre que ce chat.

Dans un autre cas, cinq enfants étaient atteints de diphtérie. Ils jouaient avec trois petits chats qui périrent l'un après l'autre, et l'autopsie montra que les trois animaux avaient succombé à la diphtérie.

Un petit garçon et une fillette de 5 et de 8 ans, qui habitaient à la campagne, dans une propriété isolée, furent atteints tous deux de diphtérie. Aucun cas analogue ne s'était montré dans les environs. La mère se souvint que, peu de temps avant le début de la maladie, leur chat favori avait perdu la voix et avait été pris d'une toux rauque accompagnée de suffocations ; de plus l'animal ne cessait de porter les pattes à son cou, comme pour se débarrasser d'une gêne. L'animal mourut et son autopsie fit constater la diphtérie.

Douze cas semblables ont encore été observés.

Les dangers de la chloroformisation.

M. *Laborde*, après avoir résumé la discussion qui a eu lieu l'année dernière sur les dangers de la chloroformisation, a formulé devant l'Académie les conclusions suivantes :

1° Tant qu'il y aura mort ou danger de mort par le chloroforme et la chloroformisation, encore bien que ce danger et sa réalisation puissent être, dans certains cas, inévitables et au-dessus des ressources de la science et de l'art, il y a lieu de rechercher les meilleurs moyens de conjurer et de combattre ce danger.

2° Cette question étant essentiellement une question de toxicologie, et par conséquent du domaine physiologique et expérimental, c'est à la physiologie et à l'expérimentation qu'il appartient de déterminer le mécanisme pathogénique des accidents, d'où doivent être déduits rationnellement les indications et les moyens de prévention et de traitement.

3° Cette détermination et les connaissances qui en découlent sont aujourd'hui assez avancées et assez positives pour permettre à la clinique d'en bénéficier, par l'essai et l'application des moyens et des procédés démontrés efficaces par l'expérimentation, et qu'elle n'a pas le droit de répudier.

4° En l'état actuel, les moyens *préventifs* suggérés et indiqués par le double mécanisme du réflexe d'arrêt fonctionnel primitif ou secondaire et de l'action toxique par imprégnation générale résident essentiellement :

a) D'une part, dans l'adjonction préalable et systématisée des analgésiques généraux et locaux à l'anesthésique en vapeur ;

b) D'autre part, dans le dosage et le titrage le plus exact possible de la substance anesthésique cette exactitude ne peut, à l'heure actuelle, être obtenue que par l'emploi de la méthode des mélanges titrés, basée sur la recherche et l'analyse expérimentales.

5° Les moyens *curatifs* se résument en tous ceux qui sont capables de ranimer les phénomènes mécaniques de la fonction respiratoire, éteinte ou près de s'éteindre, cette extinction constituant le mécanisme essentiel de l'action toxique propre du chloroforme. Or, de tous ces moyens, celui qui doit prédominer et prévaloir, comme le plus rationnel, conséquemment le plus efficace, et, il

est permis de le dire, souverain, c'est la respiration artificielle, à la condition d'être réalisée selon les indications expresses de l'expérimentation, c'est-à-dire par le procédé de l'insufflation, transporté et adapté à la pratique chirurgicale.

M. Laborde a présenté à l'Académie un appareil destiné à pratiquer l'insufflation.

Traitement du coryza aigu.

Le coryza aigu n'exige pas habituellement de traitement médicamenteux. Cependant, si l'on songe que l'inflammation de la pituitaire peut être suivie de celle du reste des voies aériennes, si l'on tient compte du malaise général, de la céphalalgie frontale, de l'altération de la voix, des complications auriculaires possibles, il est bon de savoir enrayer ou au moins atténuer les symptômes possibles de la maladie.

Chez les individus sujets aux coryzas répétés, il peut y avoir sous roche un trouble de la nutrition générale qu'il est nécessaire de combattre tout d'abord. Mais l'examen du nez est, dans tous les cas, indispensable, et il montre souvent que la cause des atteintes répétées est une *lésion locale* que l'on doit traiter tout d'abord.

L'on a conseillé (Hayem) les inhalations d'un mélange d'acide phénique et d'ammoniaque :

Acide phénique pur.....	5 grammes
Ammoniaque liquide....	5 —
Eau....................	15 —
Alcool.................	10 —

On en verse quelques gouttes sur du papier buvard, et on respire les vapeurs pendant quelques secondes.

Ce moyen soulage, mais ne réussit pas toujours à arrêter l'inflammation.

Il ne faut pas compter beaucoup sur l'atropine, et les injections nasales sont non seulement inutiles au début, mais offrent des inconvénients.

L'antipyrine peut être employée contre le mal de tête.

M. le Dr P. *Tissier* (1) conseille le moyen suivant :

Sous-nitrate de bismuth.....	6 grammes.
Benjoin pulvérisé..........	6 —
Acide borique pulvérisé.....	4 —
Menthol....................	0 gr. 20 centigr.

Priser cinq ou six fois, dans la journée, une pincée de ce mélange, après s'être mouché avec soin, de façon à ce que la poudre pénètre profondément. On peut ajouter 0 gr. 01 à 0 gr. 05 de morphine et 1 gramme à 1 gr. 50 de calomel.

Le camphre échoue souvent, l'ichtyol, recommandé par Dawna, n'a pas encore fait ses preuves. Contre l'irritation de l'orifice des narines, la pommade suivante réussit bien :

Sous-nitrate de bismuth....	10 grammes.
Vaseline..................	10 —

(1) *Annales de médecine.*

De l'asthme ganglionnaire.

Joal (*Arch de méd.*, avril 1891), après P. Franck, Rilliet et Barthez, Fonssagrives, Williams, Baréty, etc., a observé plusieurs fois l'asthme lié à l'adénopathie trachéobronchique. Il est causé non pas par les adénopathies graves, tuberculeuses, mais le plus souvent par des engorgements ganglionnaires simplement inflammatoires et consécutifs à la coqueluche, à la rougeole.

Les accès d'asthme que présentent, dans ce cas, les enfants n'ont rien de caractéristique ; tantôt diurnes, tantôt nocturnes, ils apparaissent souvent à l'occasion d'une poussée de bronchite aiguë. Dans l'intervalle des crises, la respiration est libre, ou peu gênée, ce qui indique l'absence de compression des bronches ; on peut constater (2 fois sur 9) des troubles dans le fonctionnement des cordes vocales. Le diagnostic vrai n'est révélé que par l'examen complet des ganglions bronchiques. Les révulsifs, l'usage des eaux chlorurées arsenicales ont raison de ces malaises.

Lavage de l'estomac contre les vomissements après la narcose chloroformique.

Ayant échoué avec toutes les médications proposées, *Liénevich* (*Gaz. hebd.*, 1891) a eu recours avec succès, dans 6 cas d'opérations sur le ventre, au lavage de l'estomac avec une solution de car-

FEUILLETON

Le tabac et le corps médical.

Dans sa thèse pour le mémorable concours d'hygiène de 1838 (Hygiène de l'étudiant en médecine et du médecin), Raquin reproche aux étudiants de l'époque l'abus, sinon l'usage du tabac. Sans accorder à la nicotine une action exagérée, il reconnaît que ses effets sont loin d'être favorables, que c'est au moins une dépense plus nuisible qu'utile, dont les frais seraient beaucoup mieux employés à améliorer le régime, et, enfin, pour le reste de la vie, une habitude qui rend l'homme esclave et tributaire d'un besoin ridicule.

Il paraît que, dès cette époque lointaine, les mauvaises conditions de nourriture, de logement, et, trop souvent dans les premiers temps surtout, des excès de tout genre, succédant sans intermédiaire à une vie régulière, au séjour dans une contrée salubre, constituaient un véritable danger pour les nouveaux venus, qu'on voyait plus souvent dans les cafés et les bals publics, que dans les amphithéâtres ou les bibliothèques. »

Evidemment, il en est encore ainsi dans une certaine mesure. Les lycéens fraîchement émancipés tâchent de mener joyeuse vie et suivent avec un entrain magnifique les cours du soir de la maison Bullier, après avoir pris des répétitions durant la journée, dans certaines brasseries, où l'amour pontifie dans les prix doux. Après le travail acharné du baccalauréat, ils sont tout entiers à l'ivresse du succès récent : c'est la folie juvénile qui, paraît-il, est inévitable.

Et cependant, si je m'en rapporte à ce que j'ai cherché à voir et à ce qu'on m'a raconté, on dirait que les étudiants actuels sont plus graves, plus corrects, moins enfants que leurs aînés. Ceux-ci étaient de très joyeux fous, aussi bons travailleurs que leurs remplaçants, mais plus jeunes, peut-être moins réfléchis. Ils avaient pris l'habitude, surtout après la guerre, de boire et de fumer outre mesure. On commence à être un peu plus sobre sur ces deux points.

bonate de soude à 1/100. Les résultats dans tous les cas furent excellents : cessation immédiate des vomissements après le lavage de l'estomac, continué jusqu'à ce que l'eau sorte claire ; amélioration de l'état général.

Solutions chaudes de sublimé.

Le docteur *Ahl* a établi, par un grand nombre de recherches bactériologiques et chimiques, que l'application de la chaleur aux solutions de sublimé augmente leur pouvoir antiseptique, tout en diminuant leurs effets toxiques et corrosifs. Voici ses conclusions (1) :

1° L'action antiseptique d'une solution est augmentée si on la chauffe à une température de 40° C.

2° Une solution de 1/20,000, ou même de 1/10,000, chauffée à 40° C., peut être employée sans danger dans les plaies pénétrantes du poumon, de la plèvre et du péritoine, l'effet bactéricide correspondant à celui d'une solution froide à 1/500.

3° Une solution chauffée à environ 40° stimule l'action génératrice des tissus et accélère le processus de guérison. D'un autre côté, une solution froide de 1/1,000, a moins d'action antiseptique qu'une solution de 1/10,000, parce que cette dernière pénètre plus profondément.

4° Les surfaces coupées se réunissent plus rapidement qu'après emploi d'une solution froide à 1/500, parce qu'il ne produit pas d'effet caustique.

5° Les solutions faibles et chaudes de sublimé peuvent être employées avec une parfaite sécurité en ce qui regarde les effets caustiques.

L'exalgine dans la thérapeutique infantile.

M. *Moncorvo*, professeur de clinique des maladies de l'enfance à Rio de Janeiro, nous apprend, dans le *Bulletin de Thérapeutique*, les résultats qu'il a obtenus.

L'extrême activité d'action de la méthylacétanilide ou exalgine, au titre d'analgésique, a été, sans exception, bien démontrée chez vingt et un enfants de un à douze ans, soumis à son emploi pour des affections douloureuses diverses.

Chez tous ces enfants, le médicament a été, sans exception, très bien toléré. Aucun des accidents, parfois observés chez les adultes soumis à l'usage de l'exalgine (ivresse, obnubilation, bourdonnements d'oreilles, etc.), ne s'est jamais présenté chez les petits sujets de Moncorvo.

L'exalgine a été d'abord essayée chez eux, à la dose de 5 centigrammes par jour, en montant progressivement jusqu'à la dose de 30 centigrammes. Douée d'une saveur très acceptable, l'exalgine a pu être administrée chez quelques-uns des malades, en substance, appliquée directement sur la base de la langue ou dans un cachet médicamenteux, chez d'autres en solutions alcoolisées.

(1) *Médecine moderne.*

Prophylaxie de la syphilis.

M. *Fournier* a lu à l'Académie un rapport sur un mémoire de M. Duvernet, intitulé : « De la prophylaxie de la syphilis concernant la contre-visite des nourrices à la Préfecture de police. »

Après avoir rappelé que, chaque année, 14,000 examens de nourrices sont pratiqués à la préfecture, et, qu'en outre, on y examine annuellement 1.000 nourrices de retour, les plus dangereuses de toutes, puisqu'elles viennent de donner le sein à des nourrissons de santé inconnue, M. le rapporteur fait observer que cette organisation ne fait pas tout le bien qu'elle pourrait faire, parce qu'elle comporte deux lacunes : l'une, c'est l'absence de toute garantie pour la nourrice sur lieu contre les contaminations pouvant dériver de son nourrisson ; l'autre, c'est l'absence de toute garantie contre les nourrices de retour pouvant être en état d'incubation de syphilis.

Relativement au premier de ces dangers, M. Duvernet n'a pas proposé de remède. Pour parer au second, l'examen médical de la nourrice ne pouvant servir à rien, M. Duvernet a formulé une réglementation spéciale, d'après laquelle toute nourrice ayant déjà allaité devra, avant de prendre un second nourrisson, produire un certificat attestant que ce nourrisson n'était atteint d'aucune maladie contagieuse. Ce certificat cons-

---

Certes, les cafés de quartier sont encore fort enfumés, fort malsains, et on y sèche des quantités innombrables de bocks ; mais enfin, il y a un progrès incontestable. On rencontre beaucoup d'étudiants et de jeunes médecins, qui refusent énergiquement le londrès qu'on leur offre ; la fée Nicotine n'a pas d'attraits pour eux. Ils ont plus spécialement renoncé à la pipe, qu'on promenait jadis avec ostentation dans le vieux quartier latin.

Les parents qui ont toujours considéré Paris comme une ville de débauche et de perdition, apprendront sans doute avec plaisir cette chose surprenante, extraordinaire, pour laquelle Mme de Sévigné aurait accumulé d'innombrables épithètes, c'est que la morale qui vivait à la campagne, comme les vieilles personnes qui ne sont plus de leur temps et se rendent justice, semble reprendre de la prédilection pour la rive gauche.

Ah ! parbleu, on ne l'accueille pas avec un enthousiasme délirant ; mais enfin, cette génération toute neuve, sans se condamner volontairement à la continence de Scipion, renonce de plus en plus à partager la chambrette des alentours du Panthéon avec Mesdemoiselles Mimi Pinson, Musette, Manon, Frétillon, Gothon, ou du moins avec leurs sœurs ou cousines. Ces dernières seraient-elles par hasard moins complaisantes ?

Est-ce que les porte-monnaie sont moins bien remplis ? Est-ce qu'on redoute davantage les conséquences des lendemains d'ivresse, les indiscrétions gênantes de l'amour libre, avec la nourrice obligatoire à l'horizon ? Est-ce parce que Don Juan a reçu du vitriol et des coups de revolver ?

Je l'ignore et n'en ai cure, mais comme je suppose que les jeunes gens d'aujourd'hui n'imitent pas les pharisiens d'Angleterre qui se rendent sournoisement à la célébration des mystères que l'on sait, j'ai pensé que je ferais bien d'emboucher la trompette pour proclamer l'ère nouvelle.

Pères et mères de famille, ayez des absolutions plein les mains pour le passé, puisque le présent est voilé de réserves et de feuilles de vignes pudibondes !

On pourrait bien peut-être reprocher à vos rejetons d'être graves prématurément ; trouver

titue la base, le pivot même du projet de réglementation proposé par M. Duvernet et adopté par M. Fournier. Mais ce certificat ne sera pas sans soulever de sérieuses objections, non de la part des nourrices, car il sera pour elles une garantie, mais bien de la part de certaines familles.

Pour les familles où la nourrice n'a été exposée à aucun risque de contagion, le certificat ne sera qu'une pure formalité, qu'il ne viendra à personne l'idée de refuser. Les seules familles qui pourraient se montrer récalcitrantes sont syphilitiques. Or, c'est là ce qui prouve le bien fondé de l'innovation projetée, puisque les seules résistances à prévoir ne pourront venir que des familles dangereuses. Mais le refus de certificat pourra devenir une source de démêlés, de procès, entre nourrices et familles de nourrissons. Car une nourrice à qui une famille ne voudra pas délivrer un certificat ne manquera pas d'exercer une action judiciaire contre cette famille.

L'arrêté préfectoral qui imposera l'obligation du certificat aux familles devra avoir de toute nécessité sa sanction légale, ce sera l'affaire des tribunaux.

On objectera aussi que la production de ce certificat médical deviendra une cause de scandale dans les familles en dénonçant la syphilis du mari. Cette dénonciation résulte aussi bien des accidents présentés par l'enfant, du traitement prescrit, du sevrage imposé, etc., que du certificat. Et alors même que celui-ci aurait cette faculté singulière de révélation, le dommage qui en résulterait pour le mari serait cent fois inférieur à celui d'une contamination transmise à la nourrice et peut-être à un autre nourrisson.

Qu'arrive-t-il usuellement, dans l'état de chose actuel, alors que des symptômes suspects viennent à éclore sur un nourrisson ? On congédie la nourrice, sur la déclaration du médecin qui la dit menacée par l'état de l'enfant. On lui paie ce qu'on lui doit et on la met sur le pavé. Que cette nourrice puisse avoir déjà reçu la contagion de l'enfant et soit en condition de transmettre la maladie à un autre enfant, on n'y songe même pas, à moins d'avertissement formel du médecin en ce sens.

Tandis qu'au contraire, avec l'obligation du certificat, toute nourrice, ayant quitté sa place sans certificat, deviendra *ipso facto* une nourrice suspecte, contre laquelle, d'une façon ou d'une autre, on se tiendra en garde.

« En résumé, ajoute en terminant M. Fournier, la réglementation proposée paraît capable de rendre à la santé publique un double service :

1° Elle pourra réaliser ce premier résultat, d'écarter des bureaux de nourrices, par l'obligation du certificat en question, un certain nombre de familles dangereuses. Certes, quelques-unes de ces familles, pour le moins, y regarderaient à deux fois avant de se risquer à prendre une nourrice dans un bureau, alors qu'elles seraient averties qu'en cas de maladie de l'enfant et de suspension forcée de l'allaitement, elles seraient rendues responsables du dommage fait à la nourrice par l'impossibilité où elles se trouveraient de lui fournir un certificat d'immunité de leur enfant. De ce premier chef donc, un certain nombre de contaminations seraient sûrement empêchées ;

2° Plus sûrement encore, cette même réglementation constituera une barrière contre l'infection des enfants, par les nourrices en incubation de syphilis.

En définitive, le projet à l'étude repose sur une base clinique, sur un danger clinique ; il répond à un desideratum administrativement constaté du système en vigueur ; il paraît d'exécution pratique ; il est susceptible de réaliser une sauvegarde réelle dans un ordre de choses où l'on éprouve tant et tant de difficultés à faire quelque bien. Nous croyons donc être autorisé à le recommander à l'attention de l'Académie. »

En conséquence, M. le rapporteur soumet aux suffrages de l'Académie l'approbation des trois articles proposés par M. Duvernet, comme annexe à la réglementation administrative de la surveillance des nourrices.

M. *Brouardel*, vu l'importance de la question, demande l'ajournement de la discussion.

M. *Le Fort* appuie l'avis de M. Brouardel, mais il désire appeler l'attention de l'Académie sur ce fait que le projet qui est proposé protège les nourrissons contre la contamination par la nourrice,

---

qu'ils sont désenchantés, trop tôt, qu'ils n'ont plus ni enthousiasme, ni sève, ni virilité ; ils ne dansent plus, n'ont plus l'air de s'amuser, de rire, ils ne se passionnent plus pour rien ; on a même prononcé le gros mot de décadence ; mais je ne veux pas les chicaner là-dessus, puisque vous les préférez moins exubérants.

Donc, puisqu'on se restreint sur l'amour, comme sur les produits de Maryland et de la Havane, tout est pour le mieux. Félicitons-nous de cette nouvelle façon d'agir, surtout en ce qui concerne plus particulièrement notre profession, — quand ce ne serait que pour le bon exemple.

J'ai toujours pensé que le médecin avait tout intérêt à se montrer moins matériel que les autres hommes : Comment voulez-vous qu'il puisse prêcher la sobriété à ses clients si, la veille, ceux-ci l'ont vu manger et boire comme un héros d'Homère, lorsqu'il a savouré en leur compagnie les cigares réputés les plus parfaits ?

On aura le droit de lui reprocher de manquer de conviction, s'il vient ensuite recommander à autrui de renoncer à toutes ces bonnes choses, si tentantes, mais si malsaines. Il aura beau dire, comme je ne sais plus quel praticien, surpris en flagrant délit de gourmandise : « Moi, je ne veux pas guérir », sa faiblesse sera un encouragement et justifiera les défaillances de ceux qui viennent le consulter.

Ce n'est pas tout : il est rare que le fumeur invétéré n'ait pas mauvaise haleine, une dentition défectueuse, de la pharyngite granuleuse, de la toux laryngée, de l'irritation des lèvres, des gencives, de l'œsophage, etc., il finit par être imprégné de l'arome âcre du tabac, et ses sens, surtout ceux de la vue, de l'odorat et de l'ouïe, en sont fortement émoussés. Dans ces conditions, il ne peut s'approcher que difficilement des femmes et des enfants, ou bien si son contact n'a rien de pénible pour ces êtres impressionnables, c'est lui qui est moins apte à percevoir certains éléments, quelquefois d'une réelle importance, au point de vue du diagnostic.

D[r] GRELLETY (de Vichy).

(*A suivre.*)

mais ne parle pas de la protection de la nourrice contre le nourrisson.

M. *Fournier* rappelle que, dans son mémoire, M. Duvernet n'a visé que les dangers provenant des nourrices de retour. Il n'avait donc pas à parler, comme rapporteur, de la protection de la nourrice contre le nourrisson, mais si l'Académie veut aborder cette question, il en sera très heureux.

M. *Tarnier*, après avoir fait observer que, dans certains cas, on pourra se trouver en présence des plus grandes difficultés, propose à l'Académie l'ajournement de la discussion. (Adopté.)

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Traitement local de la métrite au moyen d'un nouveau mode de pansement,

Par le docteur ZABÉ (1).

Dans ses leçons si remarquables sur la thérapeutique de la métrite, Martineau place, en tête du traitement local de cette affection, un aphorisme que chaque jour la clinique certifie exact : « Eviter tout moyen thérapeutique susceptible d'exciter l'inflammation utérine et péri-utérine ; s'abstenir de toute manipulation ou opération, tant que cette inflammation persiste. » Cette lésion du système lymphatique est, en effet, l'origine de toutes les complications péri-utérines. De nature adéquate à la métrite, elle suit une marche parallèle, et persiste alors que cette dernière est guérie. Ces deux lésions s'influencent réciproquement, et sont en relation constante. Aussi, l'ignorance de cette loi pathogénique est-elle une cause, beaucoup plus fréquente qu'on ne pense, des accidents péri-utérins signalés par tous les gynécologues. Ces accidents surgissent souvent à la suite des manipulations les plus simples, telles que l'application du spéculum, les cautérisations du col avec le nitrate d'argent, les injections vaginales avec de l'eau trop chaude ou trop froide, le cathétérisme utérin, etc.

D'autre part, il est établi sur des bases, aujourd'hui inébranlables, que le succès de la thérapeutique locale de la métrite n'est obtenu qu'en triomphant d'abord de l'inflammation de l'utérus, et qu'en activant en même temps la résolution des exsudats inflammatoires. C'est dans le but de remplir, à coup sûr, cette indication majeure, tout en prévenant les complications péri-utérines, que nous avons imaginé les péricols comme le moyen thérapeutique le plus commodément approprié au traitement local de la métrite, qu'elle soit aiguë ou chronique, constitutionnelle ou non.

Un péricol (grandeur d'exécution).

(1) Le traitement de la métrite est singulièrement difficile et le praticien doit varier sa thérapeutique selon les cas ; c'est pourquoi nous reproduisons un article du journal de M. Dujardin-Beaumetz, dû à un membre du Concours médical.

Ainsi que l'indique son étymologie, le péricol est un discoïde composé de glycérine gélatinée, destiné à entourer le col utérin. Très souple et d'une élasticité parfaite, son arc mesure 75 millimètres, et son diamètre, 1 centimètre ; chaque péricol contient 5 grammes de glycérine et autant de gélatine. Cette gelée translucide est suffisamment résistante pour que tout en lui conservant sa forme stricte, le médecin ou la malade puissent, avec la plus grande facilité, introduire ce discoïde dans le vagin, et l'amener, grâce à sa légère courbure et à son onctuosité, à embrasser le col utérin, *loco dolenti*. C'est, en effet, au niveau de l'isthme, dans les culs-de-sac latéraux et dans les plis de Douglas, que se manifestent les signes de l'adénolymphite ; c'est sur les côtés du col que pénètrent les artères utérines. C'est donc dans cette zone anatomo-pathologique où serpentent les plexus sanguins, que doit être appliqué le topique médicamenteux qui triomphera le mieux de la stase veineuse, et remédiera à la stagnation de la lymphe dans les vaisseaux et espaces lymphatiques. Aussi, toutes les fois que le col de la matrice est gros, violacé, que les tissus sont mous, appliquons-nous, toujours avec succès, un péricol autour de l'isthme utérin, sur le segment douloureux, tout en ayant soin de réduire la déviation qui pourrait exister.

Grâce aux propriétés osmotiques de la glycérine, que celle-ci doit à son pouvoir hygrométrique, il se produit en quelques heures une abondante sécrétion d'un liquide séreux ; la femme est tenue de se garnir de linge de rechange et de rester couchée. Cet écoulement, proportionnel à l'hyperémie utérine, est une véritable saignée blanche qui enlève promptement la douleur lombaire, et fait disparaître la pesanteur si pénible du bas-ventre.

Quand le col est très développé, que sa circonférence mesure plus de 15 centimètres, nous appliquons un péricol dans chacun des culs-de-sac latéraux, de manière à parachever le collier. La soustraction du sérum augmente considérablement, et l'effet déplétif double d'intensité. La circulation utérine devient plus active et se régularise ; la lymphangite se résout et les exsudats, récemment épanchés, se résorbent.

La gélatine, à son tour, se trouve dissoute par le liquide excrété, et constitue par le fait même, pour le vagin, un bain émollient, gélatineux, supérieur à tous les sachets et cataplasmes possibles. Ces derniers, du reste, sont mal supportés lorsque l'adéno-lymphite est tant soit peu douloureuse.

Si la métrite est aiguë, le pansement doit être renouvelé toutes les douze heures ; autrement, un péricol appliqué le soir suffit. Ce moyen thérapeutique est de beaucoup préférable aux saignées pratiquées sur le col de l'utérus, soit avec des sangsues, soit avec des scarificateurs. Ces opérations amènent parfois un redoublement inflammatoire, et ne sont pas sans causer aux patientes des émotions plus ou moins pénibles. Avant comme après chaque pansement, c'est-à-dire matin et soir, nous prescrivons une irrigation vaginale, faite avec une infusion de feuilles d'eucalyptus, à une température moyenne de 45 degrés, tout en recommandant d'ouvrir à peine le robinet de l'irrigateur, afin d'éviter tout choc violent. Cette imprévoyance est une cause assez

fréquente de métrite balistique et d'accidents péri-utérins multiples.

Sous l'influence de ce traitement local, le tissu utérin devient plus souple, l'empâtement diminue et l'adéno-lymphite va en s'atténuant. Les catarrhes utérins, qui accompagnent souvent les déplacements et les congestions de matrice, sont heureusement modifiés. Lorsque la tuméfaction du col a diminué et que l'adéno-lymphite n'est plus douloureuse, nous pratiquons, chaque deux ou trois jours, sur toute la surface du museau de tanche, mis à nu au moyen du spéculum Cusco, un vaste badigeonnage avec la teinture d'iode. En une dizaine de jours, la muqueuse cervicale est suffisamment desséchée et décongestionnée pour qu'un péricol, appliqué à nouveau, ne provoque plus d'écoulement marqué de sérosité ; c'est une preuve certaine de la guérison de l'inflammation.

A cette médication à la fois antiphlogistique et résolutive, en si parfaite concordance avec l'anatomo-physiologie pathologique, les praticiens sont assurés non seulement d'éteindre l'inflammation utérine, mais encore de mener à bien la cure des lésions qui en dérivent. En tenant compte de la plus ou moins grande irritabilité de l'utérus, si souvent mal traité et inutilement cautérisé, ce dernier organe restera toujours à l'abri de tout accident, quelle que soit la gravité de l'opération qu'il ait à subir, telle que la cautérisation intra-utérine, le curettage, l'incision des orifices, le redressement de la matrice, l'ablation des polypes, etc. Ces lésions ne sont, au demeurant, que des expressions anatomiques ou cliniques de la métrite, et nullement des entités morbides. Aussi, un traitement qui s'adresse exclusivement à la leucorrhée, aux hémorrhagies utérines et autres troubles menstruels, aux ulcérations et aux déviations de la matrice, donne-t-il toujours des mécomptes. Ces accidents, apparemment guéris, réapparaissent au bout d'un certain temps, le plus souvent avec aggravation, la cause originelle persistant.

Métrite dyscrasique chez les jeunes filles. — Cette affection, d'une fréquence relative, subit presque toujours une recrudescence d'acuité du fait des premiers rapports sexuels. La stérilité est la conséquence habituelle de cette métrite qui a débuté avec l'instauration menstruelle (Noël Guéneau de Mussy).

Il est indispensable, en face des dangers qui peuvent survenir du côté de l'adéno-lymphite péri-utérine, d'assurer la guérison avant le mariage. Grâce au traitement local de l'inflammation utérine par les péricols, aucune déformation vulvaire appréciable n'est à craindre. Une mère de famille, éclairée sur la fâcheuse situation dans laquelle se trouve sa fille, et sur la simplicité d'application de ce nouveau moyen thérapeutique, n'hésitera pas à la faire soigner. C'est le triomphe de nos pansements utérins, sans tampon ni spéculum ; la pudeur est ménagée et les résultats sont promptement satisfaisants.

Arrêt d'involution de l'utérus après l'accouchement. — Cette involution défectueuse, d'une assez grande fréquence, est due à des causes multiples ; l'avortement a une influence particulièrement pernicieuse. L'utérus ne subit qu'une métamorphose régressive, incomplète. La dégénérescence graisseuse et la résorption des fibres musculaires se ralentissent. Les tissus de nouvelle formation, surtout le tissu conjonctif, se développent avec une intensité telle, que la matrice conserve un volume anormal (Schrœder).

Cette insuffisance de la régression utérine après un accouchement ou une fausse couche, ne constitue pas, à proprement parler, une métrite chronique. Mais l'utérus ne tarde pas à se tuméfier davantage, et à devenir peu à peu sensible, avec des exacerbations qui se produisent de temps à autre ; aussi est-il urgent de remédier à cet état pathologique. Les médecins accoucheurs, par des pansements réguliers avec les péricols, obtiendront une cure rapide qui les étonnera.

Avantages des péricols sur les tampons de ouate médicamenteux. — Avec les tampons de ouate, imprégnés de glycérine, universellement employés jusqu'alors, le spéculum est indispensable pour faire un pansement bien conditionné. Autrement, malgré la bonne volonté de la patiente, le topique ne sera point exactement placé dans la zone anatomo-pathologique vasculaire, qui est le seul champ d'application réellement efficace. La glycérine, d'ailleurs, n'agit bien que sur des tissus hyperémiés, où la dilatation capillaire est accentuée.

Si encore ce tamponnement péri-utérin avec le spéculum est possible dans un service hospitalier, il n'est nullement pratique dans la clientèle de ville. Du reste, le plus grand nombre des malades y est complètement réfractaire, et refuse de se soumettre à un traitement aussi ennuyeux qu'onéreux. Mais, grâce à la simplicité du traitement local de la métrite par les péricols, et grâce surtout à la commodité pour les patientes de pouvoir pratiquer elles-mêmes, sous la direction de leur médecin, ces pansements utérins, toute résistance de leur part est vaincue et leur soumission assurée.

Supériorité des péricols sur les ovules et autres pessaires médicamenteux. — Un procédé très ancien, retiré de l'oubli par Simpson, le pessaire médicamenteux, avait un certain mérite. C'était une espèce de bol que l'on plaçait dans le vagin pour l'application des médicaments sur les parois de ce canal. Egalement l'ovule, autre congloméré, composé de glycérine solidifiée, a une valeur relative. Mais l'infériorité de ces préparations sur les péricols, c'est de ne pouvoir s'appliquer autour de l'isthme du col de la matrice, dans la zone anatomo-pathologique où se manifestent toujours les signes de l'adéno-lymphite, et où la circulation sanguine et lymphatique est des plus intensives, et partant plus obstruée dès le début de l'inflammation. Un autre inconvénient, et non des moindres, c'est que chez les femmes qui ont le périnée plus ou moins déchiré par des accouchements antérieurs, l'ovule s'échappe du vagin, sans avoir eu le temps de fondre. Avec les premiers, l'on ne peut faire qu'un simple pansement vaginal ; avec les péricols, on obtient un réel pansement péri-utérin des plus efficaces.

Procédé opératoire. — La femme étant couchée dans la position qu'elle occupe sur un fauteuil à spéculum, le médecin, à l'aide du toucher vaginal, s'enquiert tout d'abord si l'utérus est augmenté de volume, si la forme du col est aplatie ou allongée, si, enfin, la matrice n'est pas déviée de sa position normale. Il recherche en même temps au niveau de l'isthme utérin, dans les culs-de-sac latéraux, dans les plis de Douglas, l'existence de l'adéno-lymphite qui est caractérisée

par des traînées lymphatiques bosselées, et par de petites tumeurs plus ou moins prononcées, plus ou moins douloureuses, adhérentes ou roulant sous le doigt explorateur.

Cet examen de l'appareil génital effectué, le péricol tenu entre le pouce et le médius et ayant l'index pour tuteur est introduit doucement dans le vagin, sa concavité tournée en dedans. Ce dernier vient s'appliquer sur un des rebords du col, à gauche ou à droite, suivant la direction imprimée ; en continuant à le pousser, il arrive d'une façon toute mécanique à en embrasser le segment pathologique, déterminé au préalable.

Si c'est la malade qui procède elle-même à l'application, elle agit de la manière suivante : couchée dans la position sacro-dorsale, elle prend le péricol de la main droite et l'introduit dans le vagin jusqu'au fond du cul-de-sac latéral gauche, et un peu en arrière. En le faisant progresser dans le sens transverse, ce discoïde vient s'adapter autour du col de la matrice avec la plus grande facilité. Le museau de tanche étant très volumineux, et l'application d'un deuxième péricol reconnue nécessaire pour parachever le collier, c'est la main gauche qui doit alors servir de guide introducteur. Le mode d'emploi des péricols est donc des plus simples, aussi bien pour la malade que pour le médecin.

Conclusions cliniques. — La métrite aiguë paraît d'autant plus rare que la métrite chronique s'observe plus communément ; quoi qu'il en soit, et sans faire plus d'emprunt à la matière médicale, les péricols, à base de glycérine neutre, par leur action si puissamment décongestive, remplissent avec un plein succès l'indication majeure de tout traitement local. Et, de fait, aucune substance médicamenteuse, bien que dissoute dans la glycérine, n'est absorbée par le vagin. Le revêtement pavimenteux de la muqueuse vaginale qui ne renferme ni glandes, ni orifices folliculaires d'aucune sorte, s'y oppose. Des expérimentations répétées nous ont démontré d'une façon péremptoire que toutes les tentatives essayées dans ce but n'aboutissent qu'à des mécomptes certains. Dans le traitement local de l'inflammation de l'utérus, la glycérine seule reste donc l'antiphlogistique et le résolutif par excellence. En gynécologie, c'est présentement une vérité clinique élémentaire.

Basée sur des données anatomiques précises, cette thérapeutique, si commodément pratique, possède une réelle efficacité pour combattre une affection longtemps réputée incurable. Avec de la patience aussi nécessaire au médecin qu'à la malade, la guérison de la métrite est assurée. Un traitement général, approprié à l'état dyscrasique, la rendra définitive. Les péricols sont certainement appelés à rendre les services les plus effectifs ; les patientes qui ont déjà subi les ennuis que suscite l'introduction, dans le vagin, des tampons médicamenteux, avec ou sans spéculum, apprécieront surtout les avantages de ce nouveau mode de pansement.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Responsabilité du chirurgien d'hôpital.

Nous avons raconté la condamnation en première instance du Dr Deschamps, de Liége, qui avait opéré un enfant, sans l'assentiment par écrit des parents.

« Statuant sur l'action intentée au Dr Deschamps, la Cour estime que les enquêtes ont établi que l'épouse de l'intimé, accompagnée de son fils, alors âgé d'environ trois ans et demi, s'est présentée à la fin du mois de juin ou dans les premiers jours de juillet 1887, à l'hôpital des Anglais, et a demandé à voir le médecin qui redresse les jambes ; que l'appelant a procédé à la visite de l'enfant dans la loge du concierge, en présence de ce dernier et de sa femme, a constaté qu'il était atteint de déviation rachitique des deux tibias, et a déclaré à sa mère qu'il pourra être parfaitement « redressé », mais que, pour ce faire, il devrait rester environ six semaines à l'hôpital pour y subir une opération ;

Que l'épouse Delmarche, ayant demandé s'il souffrirait, l'appelant répondit que non, parce qu'il serait endormi ;

Qu'elle se retira, en disant qu'elle reviendrait, mais qu'avant de prendre une décision, elle voulait avoir l'assentiment de la grand-mère de l'enfant, ajoutant que si elle était maîtresse, elle laisserait faire l'opération immédiatement ; que le 13 juillet 1887, l'enfant fut conduit à l'hôpital et admis par l'interne de service ;

Que, lors des visites qu'elle fit à son fils à l'hôpital, l'épouse Delmarche se plaignit à différentes reprises à la sœur hospitalière et à la sœur économe que son fils ne fût pas encore opéré et menaça de le retirer, si on ne l'opérait pas ;

Qu'elle se plaignait également à l'une des infirmières de l'hôpital du retard apporté à l'opération, disant qu'elle n'avait pas mis son enfant à l'hôpital pour jouer ;

Qu'il fut procédé à l'opération de l'ostéotomie un samedi et que le lendemain dimanche, les époux Delmarche manifestèrent leur contentement de ce que l'opération fut enfin faite ;

Que, de l'ensemble des dépositions des témoins, il résulte à toute évidence, que les époux Delmarche avaient été prévenus que le redressement des jambes de leur enfant nécessiterait une opération, et qu'en le conduisant à l'hôpital, le 13 Juillet, et en l'y laissant, ils ont incontestablement consenti à ce que l'opération fût pratiquée ; que vainement, dans le but de prouver que l'opération dont il s'agit aurait été faite à leur insu, l'intimé invoque une conversation de sa femme avec un sieur Marquet, à qui elle aurait dit que si elle savait « qu'on ferait le moindre mal à son enfant » elle préférait le conserver chez elle, et qu'il lui aurait répondu qu'elle devait être sans crainte ; qu'il avait entendu dire que, pour redresser les jambes des enfants, on leur mettait des bottes en fer ;

Qu'en effet, cette conversation, qui a eu lieu le jour où l'épouse Delmarche était allée chercher un certificat d'indigence chez le bourgmestre d'Ougrée, est antérieure à l'installation de l'enfant à l'hôpital, et que le propos de cette femme ne prouve nullement qu'elle ne consentait pas à l'opération, puisqu'il lui avait été assuré que son enfant serait endormi et ne souffrirait pas.

Que, d'un autre côté, il n'a été nullement établi « que l'opération aurait été mal faite, c'est-à-dire contrairement aux règles de l'art, et que, notamment, un ou plusieurs fragments d'os auraient été retrouvés dans les chairs ; »

Qu'en effet, les hommes de l'art, entendus à la requête de l'appelant, le 9 janvier 1891, ont attesté qu'ils avaient vu à différentes reprises le docteur Deschamps procéder à l'opération de l'ostéotomie et que, chaque fois, il avait fait preuve d'une grande habileté ; que, de plus, parmi les *témoins produits* par l'*intimé* — lesquels d'ailleurs n'ont point assisté à l'opération pratiquée sur le jeune Delmarche, aucun ne l'a critiquée ;

Que, s'il résulte de la déclaration du Dr Jacquemin, qui a procédé à l'amputation d'une partie de la jambe de l'enfant, qu'il a trouvé dans la partie enlevée un fragment d'os mort d'au moins cinq centimètres, un « séquestre », il est établi que ce fragment d'os se trouvait, non dans les chairs, mais dans l'os même de la jambe, et que la formation d'un séquestre peut être tout à fait spontanée et absolument indépendante de l'habileté de l'opérateur ; qu'il n'a pas été prouvé davantage que la gangrène, qui s'est déclarée « serait imputable à l'appelant, qui n'aurait pas suffisamment surveillé ou fait surveiller le pied de l'enfant » ;

Qu'il résulte, au contraire, de la déclaration de la sœur hospitalière que, journellement, M. le Dr Lebeau et l'opérateur examinaient les orteils de l'enfant Delmarche, lesquels avaient été laissés à découvert, et lui recommandaient de les surveiller également ;

Que, c'est un jour, vers neuf heures du matin, que l'on s'est aperçu que les orteils de l'enfant, qui, la veille au soir, avaient encore leur aspect habituel, étaient devenus noirs et que, tout au plus une heure plus tard, l'appelant est arrivé à l'hôpital, a été informé du fait et s'est rendu auprès du malade :

Que l'examen quotidien du pied est encore attesté par M. le Dr Snyers qui, en sa qualité d'interne, accompagnait chaque jour M. le Dr Lebeau dans sa visite ;

Qu'il est affirmé de la façon la plus positive, par un témoin oculaire et compétent, que la chute du pied de l'enfant est due à une gangrène sèche et que tous les médecins, interpellés sur ce point, ont été unanimes à déclarer que la gangrène sèche est un accident qui peut se produire fortuitement et sans qu'il y ait faute de la part de l'opérateur ;

Que, d'après le 4e témoin produit par l'intimé *lui-même*, la gangrène sèche ne peut être conjurée ;

Qu'il résulte de l'exposé qui précède, qu'aucune faute n'a été établie à charge de l'appelant et que l'enfant a été victime d'un accident que l'homme de l'art, malgré son habileté habituelle et ses soins assidus, s'est trouvé impuissant à prévenir et à écarter ;

Qu'il s'ensuit, qu'il ne peut être déclaré responsable des suites malheureuses de l'opération qu'il a pratiquée ;

La Cour a réformé le jugement frappé d'appel, a débouté l'intimé de son action et l'a condamné aux dépens des deux instances.

Mort due à la substitution par un pharmacien de la morphine à l'apomorphine.

Le 24 mars dernier, au Mans, un enfant de trois mois tombait malade. Le Dr B... reconnut une bronchite et prescrivit plusieurs vomitifs qui ne produisirent aucun résultat.

Le docteur pensa alors à faire une injection hypodermique d'apomorphine. Il prescrivit l'ordonnance suivante :

Eau distillée, 6 grammes.
Apomorphine, 12 centigrammes.

Le pharmacien n'avait pas d'apomorphine, il donna du chlorhydrate de morphine, pensant, a-t-il dit, que l'effet serait le même.

Le médecin ayant lieu de croire que l'ordonnance avait été exécutée selon la formule, donna une injection à l'enfant, qui tomba dans un état comateux. Il mourut empoisonné quelques heures après.

Le pharmacien, poursuivi pour homicide par imprudence, a été condamné à trois mois de prison. (*Bulletin médical.*)

L'opération césarienne, pratiquée après la mort par une personne non diplômée est un cas d'exercice illégal.

Attendu que Baptista est prévenu d'exercice illégal de la chirurgie ; que le fait qui lui est reproché est constant ; qu'il a pratiqué, le 23 janvier dernier, au hameau de Sarrant, commune de Brousmat, l'opération césarienne sur le corps de la femme Riols, qui venait de mourir ;

Attendu qu'il a cédé, il est vrai, à l'invitation pressante du curé d'Albignac ; que cet ecclésiastique est venu à l'audience assumer la responsabilité du fait incriminé, responsabilité morale, mais non légale, la complicité n'existant pas en matière de contravention ; que ce témoignage ne peut être retenu non plus dans l'intérêt de la défense, aucune excuse dans l'espèce n'étant admissible, même celle de la bonne foi ;

Attendu que le tribunal n'a pas d'ailleurs à trancher une thèse d'embryologie sacrée ; que son devoir est d'imposer à tous le respect de la loi civile et que la loi civile a été ici gravement méconnue ;

Que le prévenu, par des conseils et des instances coupables, a été entraîné à se substituer à l'homme de l'art, qui pouvait seul, par les moyens que la science indique, s'assurer que la femme Riols avait cessé de vivre ; de l'homme de l'art, qui aurait décidé de l'opportunité de l'opération et qui l'aurait pratiquée avec les mêmes soins et les mêmes procédés qu'il eût employés sur une personne vivante ; du médecin, enfin, qui n'aurait agi qu'après avoir informé l'officier de l'état civil de l'urgence de l'opération ;

Attendu que le fait relevé par la prévention tombe sous l'application de l'article 35 de la loi du 9 ventôse an XI ; qu'il suffit d'une simple opération chirurgicale pour constituer l'exercice illégal de la chirurgie ; qu'il n'est pas nécessaire qu'il y ait exercice habituel ; que la peine édictée par la loi est une amende de simple police qui, dans l'espèce, doit être prononcée dans l'entière mesure autorisée par l'article 466 du code pénal ;

Attendu que les dépens font suite au principal ;

Par ces motifs,

Déclare Baptista atteint de la contravention dont il est prévenu et le condamne à une amende de 15 francs et aux frais, par application des articles 35 de la loi du 19 ventôse an XI, 466 C. pén., et 194 C. d'instr. crim.

(*Tribunal d'Espalion.*)

BULLETIN DES SYNDICATS

QUESTION DE DÉONTOLOGIE RELATIVE AUX CONSULTATIONS ENTRE MÉDECINS.

Syndicat de Rouen.

Extrait du procès-verbal de la séance du 28 mars.

1re Question. — *Un médecin exerçant peut-il refuser un de ses confrères en consultation, lorsque celui-ci est proposé par le malade ou par sa famille ?*

Lorsqu'un médecin consent à donner ses soins à un malade, il lui doit, avec tout son dévoûment, les satisfactions morales qui peuvent être utiles au rétablissement de la santé, pourvu qu'elles ne soient pas incompatibles avec sa propre dignité. De ce nombre sont les consultations.

Ce principe admis, il y a lieu d'établir, entre les consultations, une distinction suivant qu'elles sont réclamées par le malade et sa famille ou par le médecin lui-même.

A. — Dans le premier cas, la consultation demandée n'implique pas nécessairement un manque de confiance.

Il se peut que le malade ne fasse que céder à des sollicitations de parents ou d'amis, ou encore à ce sentiment si naturel, surtout dans les affections de longue durée, qui, sans enlever la confiance en son médecin, fait placer l'espoir en un changement de remèdes ; la famille peut désirer une consultation pour sauvegarder sa responsabilité vis-à-vis du monde ou d'autres parents.

Dans de semblables circonstances, et lorsque le malade s'imagine qu'il peut attendre de cette consultation un soulagement à ses souffrances, quelles que puissent être ses illusions à cet égard, son médecin aurait tort de lui refuser cette satisfaction.

Les préoccupations auxquelles obéit la famille sont également respectables.

Si le choix du consultant est laissé au médecin traitant, il ne saurait donc y avoir aucune difficulté.

Mais lorsque le malade désigne lui-même le consultant, le médecin traitant est-il tenu de l'accepter ?

Oui, sauf dans certains cas, relativement rares, dont il sera question.

Agir autrement serait méconnaître une faculté, et même un droit appartenant au malade ; ce serait en même temps manquer aux règles de la confraternité, et peut-être enlever à un confrère une occasion de recevoir des honoraires qui lui sont nécessaires.

Ni la jeunesse du consultant, ni une situation professionnelle notoirement moindre, sous le rapport, soit des titres, soit des distinctions honorifiques, soit même des grades, ne seraient des raisons suffisantes de refuser cette satisfaction au malade. Le sentiment que le médecin traitant a de sa supériorité sur le confrère qu'on lui propose de s'adjoindre, quelque fondé qu'il puisse être, ne doit pas être un obstacle. La modestie ne messied pas au mérite. Il peut arriver aux plus instruits de commettre des erreurs. D'où la nécessité d'observer, dans les relations professionnelles, une courtoisie bienveillante, une indulgence réciproque, qui ne peuvent que profiter au Corps médical tout entier par la considération qu'elles lui vaudront dans l'opinion publique.

Enfin, il ne faut pas oublier que le malade, qui est le principal intéressé et qui paie, a bien le droit de donner et même de faire prévaloir son opinion, dès qu'elle ne porte pas atteinte à la dignité du médecin. Or, la dignité ne peut être compromise pour avoir à se rencontrer avec un confrère, eût-il même un caractère peu sympathique, lorsque rien d'ailleur n'entache son honorabilité.

Si le médecin traitant se croit autorisé à considérer comme ignorant ou incapable celui qu'on lui propose de s'adjoindre, il en sera quitte pour ne pas accepter l'opinion du consultant dans le cas où elle serait contraire à la sienne, et pour faire part au malade ou à sa famille, avec la réserve que comportent, en tout cas, la courtoisie et la bonne confraternité, des divergences qui existent entre lui et son confrère, en mettant le malade en demeure ou de faire un choix entre les deux, ou d'appeler un troisième médecin.

Les circonstances dans lesquelles le médecin traitant peut et doit même ne pas accepter la consultation proposée, sont les suivantes :

1° S'il a la certitude que la consultation est réclamée parce qu'il ne possède plus la confiance de son client, le souci de sa dignité lui commande de se retirer ;

2° Si le confrère proposé comme consultant est notoirement entaché d'indignité, ou encore, si les relations entre les deux médecins sont tellement tendues que nul accord ne soit possible, le médecin traitant refuse, et, si l'on insiste, il se retire ;

3° Telle doit être encore sa conduite, lorsque le confrère proposé professe des doctrines médicales que le médecin traitant considère comme inacceptables. Il peut imiter alors la conduite de Dechambre : « J'avais appris, dit-il, que la famille d'un client, arrivé au dernier terme d'une maladie organique du cœur, — famille animée pour moi d'une grande affection, que je lui rendais, — était pressée par son entourage de remettre le malade entre les mains d'un homœopathe qu'on désignait. Je provoquai amicalement une consultation ; on me proposa, en effet, de me rencontrer avec cet homœopathe, je refusai ; — de continuer mes visites hors de sa présence, je refusai ; mais je promis deux choses : premièrement, de faire prendre des nouvelles du malade en garantie de mon amitié persistante ; secondement, de rentrer dans la maison, si l'homœopathe en sortait. Ce dernier cas s'est réalisé avant la mort du pauvre patient, et les vieilles relations se sont renouées aussi fidèles que jamais. » (Dict. encycl.)

B. — Lorsque la consultation est réclamée par le médecin traitant, elle l'est ordinairement : 1° pour éclairer, par l'examen d'un confrère instruit, un diagnostic obscur ou un point de thérapeutique embarrassant ; 2° pour mettre à couvert la responsabilité dans des circonstances graves ; 3° pour une intervention chirurgicale ou obstétricale reconnue nécessaire, soit que le médecin traitant réclame un opérateur dont il connaît la compétence, soit que, opérant lui-même, il ait besoin d'un aide dans lequel il a confiance.

Dans tous ces cas, et plus particulièrement encore dans le dernier, il importe que le médecin traitant puisse faire choix d'un collègue qui lui apporte les garanties sur lesquelles il doit pouvoir compter : l'autorité de la science, de l'expérience, d'une habileté reconnue, d'une réputation acquise, l'habitude des opérations et la dextérité manuelle indispensable.

Il est évident que le succès d'une opération et l'existence de l'opéré pourraient se trouver compro-

mis par l'adjonction d'un consultant appelé, le cas échéant, à opérer ou à servir d'aide, et qui ne posséderait ni la pratique, ni la connaissance des méthodes ou procédés employés. La vie du malade est en jeu ; la réputation du médecin l'est également ; les deux intérêts sont connexes, et, pour lui et pour son client, le médecin traitant doit pouvoir imposer comme consultant un confrère dont l'habileté lui inspire confiance et, par suite, refuser celui qui lui serait proposé et ne présenterait pas, à ses yeux, les mêmes garanties.

Dans des circonstances moins impérieuses, le médecin traitant, qui demande une consultation, ne serait plus autorisé au même degré à refuser le Confrère qu'on lui proposerait ou qu'on voudrait lui faire subir ; mais il aurait, du moins, le droit et le devoir de faire ses réserves et d'exposer au malade, ou à sa famille, les raisons qui lui feraient préférer un autre consultant.

2me Question — *Que doit faire le médecin refusé comme consultant s'il est demandé par la famille pour donner ses soins en arrière du médecin traitant ?*

A part quelques exceptions, relativement très rares, le médecin vit de sa profession et en tire tous les avantages précuniaires compatibles avec l'intérêt du malade, sa propre dignité et les obligations confraternelles.

Les consultations sont un de ses moyens d'existence. Celui qui, *sans raisons valables*, refuse d'accepter comme consultant un de ses Confrères, prive donc celui-ci d'une ressource sur laquelle il était en droit de compter, — sans parler du préjudice moral que ce refus peut causer.

Le médecin ainsi lésé dans ses intérêts matériels et moraux, ne se trouve-t-il pas, pour ainsi dire, dans le cas de légitime défense, et délié vis-à-vis de son Confrère des obligations qui lui interdisent, hors le cas d'urgence, de répondre, à l'insu du médecin traitant, à l'appel d'un malade en cours de traitement ?

Mais il est d'autres obligations qu'un médecin qui a le respect de sa profession et de lui-même ne doit pas oublier.

L'intérêt du malade et la dignité du corps médical s'opposent absolument à ce que deux médecins donnent des soins à un malade, à son domicile, sans se concerter sur le traitement qui doit être suivi ; ils se trouveraient ainsi exposés à employer des moyens thérapeutiques inconciliables et, par là même, dangereux.

De ces considérations découlent nettement les règles suivantes :

Autorisé, par le refus injustifié de son Confrère, à se rendre sans lui à l'appel qui lui est adressé et à donner, ainsi qu'il aurait tous droits de le faire dans son cabinet, son avis sur le traitement suivi ou à suivre, le médecin refusé comme consultant doit se borner à cette simple visite ; s'il est sollicité de la renouveler pour surveiller le traitement, il ne devra y consentir qu'à la condition expresse que son Confrère aura cessé, ou, tout au moins, interrompu ses visites.

Après une discussion, à laquelle prennent part MM. de Welling, Carliez, Giraud, Douvre, Delabost et Debout, il est procédé au vote sur les réponses à faire aux demandes faites par M. Carliez.

Sur la première question. — Un médecin traitant peut-il refuser un de ses confrères en consultation, lorsque celui-ci est proposé par le malade ou par sa famille?

La réponse suivante est adoptée à la majorité :

Le médecin traitant est tenu d'accepter le consultant proposé par la famille, sauf le cas d'indignité.

Sur la deuxième question. — Que doit faire, dans ce cas, le médecin refusé, s'il est demandé par la famille pour donner ses soins au malade, en arrière du médecin traitant ?

La majorité émet l'avis que :

Le médecin refusé en consultation peut se rendre, en arrière du médecin traitant, auprès du malade et lui donner son avis sur le traitement suivi ou à suivre, comme il aurait le droit de le faire dans son cabinet. Mais il doit se borner à cette seule visite ; s'il est sollicité de la renouveler, il ne devra y consentir qu'à la condition expresse que son confrère aura cessé, ou tout au moins interrompu ses visites.

Extrait du procès-verbal de la séance du 30 mai.

M. Jude Hue. — Il m'est venu un certain nombre de réflexions à la lecture du rapport de M. Delabost. Mon opinion est que le médecin traitant a le droit et le devoir d'éclairer de ses conseils le malade et sa famille quand on lui propose un confrère en consultation. Il doit par conséquent donner son opinion sur ce confrère. Si ses conseils ne sont pas suivis, c'est à lui à réfléchir et à décider s'il doit accepter le consultant où se retirer.

Le médecin refusé en consultation est dégagé de tout devoir envers le médecin traitant. Il peut donc voir le malade non en arrière du médecin traitant, mais en son absence. Il peut continuer à voir le malade en en prévenant son confrère, de sorte qu'il puisse s'assurer s'il y a eu mauvaise foi du malade, ce qui arrive encore souvent, mais ce n'est pas à lui à s'assurer si le médecin traitant continue ses soins.

M. Delabost. — Lorsque j'ai lu mon rapport à la dernière séance, il ne contenait pas de conclusions formelles. Ces conclusions ont été faites d'une façon incomplète. Elles ne contiennent que le cas d'indignité comme motif de refus ; je proposerais de les compléter ainsi :

« Le médecin traitant doit les conseils à son malade sur le choix d'un médecin consultant, cependant la question comporte deux solutions différentes suivant que la consultation a été réclamée par le malade ou par le médecin.

1° Si la consultation est demandée par le malade ou sa famille, le médecin traitant est tenu d'accepter le consultant qu'on lui propose, sauf lorsque celui-ci est entaché d'indignité ou lorsqu'il professe des doctrines médicales que la médecine ordinaire considère comme inacceptables, ou encore lorsque tout rapprochement est impossible entre les deux médecins par suite de dissentiments antérieurs.

2° Si la consultation est réclamée par le médecin traitant, il peut refuser le médecin qui lui est proposé par le malade ou sa famille, lorsque ce dernier ne lui paraît pas présenter toutes les garanties sur lesquelles il compte, dans l'intérêt même du malade. »

On procède au 2e vote sur la 1re question.

Le médecin traitant est tenu d'accepter le consultant sauf le cas d'indignité. Il est décidé que la réponse sera divisée en 2 parties suivant que la consultation est proposée par le médecin ou par le malade.

La première partie de la proposition de M. Delabost est adoptée à une voix de majorité.

La deuxième partie est adoptée à l'unanimité.

La deuxième question est également adoptée en remplaçant le mot « en arrière » par *en l'absence* et est ainsi conçue :

Le médecin refusé en consultation peut se rendre, en l'absence du médecin traitant, auprès du malade, et lui donner son avis comme il aurait le droit de le faire dans son cabinet. — Il est tenu seulement d'en informer directement le médecin traitant.

Le Secrétaire,
Dr Debout.

Syndicat médical de la circonscription de Rethel (Ardennes) ; sa composition actuelle.

MM. Landragin, *Président* ; Troyon, *Secrétaire* ; Drapier, *Trésorier*, tous trois de Rethel.

Membres du Syndicat :

Drs Lamiable, Château-Porcien ;
Rith, Château-Porcien ;
Mérieux, Asfeld ;
Massu, Rocquigny ;
Massul, Chaumont Porcien ;
Remy, Wasigny ;
Champagne, Wasigny ;
Achart, Saulce-Monclin ;
Brébant, Amagné ;
Minguet, Juniville ;
Caillet, Tagnon ;
Beaudier, Attigny ;
Guillaume, Attigny ;
Lefranc, Rethel.

La prochaine réunion doit avoir lieu en *octobre.*

Un nouveau syndicat en Maine-et-Loire

Vihiers, 13 juin.

Monsieur et honoré Confrère,

Je m'empresse de vous informer qu'une réunion de médecins tenue à Vihiers le 9 juin a décidé la fondation d'un syndicat médical sous le nom de *Cercle médical.*

Je ne doute pas que vous ne soyez satisfait de voir combien l'idée d'association dont vous êtes l'initiateur heureux et l'apôtre infatigable, fait du progrès dans le corps médical.

J'aime à croire que vous ne refuserez pas un coin de votre journal au compte rendu de nos réunions lorsqu'il se trouvera quelque fait important.

L'assemblée dont je viens de parler s'est séparée en votant la nomination d'un bureau provisoire, chargé de l'élaboration d'un règlement et de l'organisation d'un banquet. Le président est le Docteur *Mary*, de Vihiers et le secrétaire votre serviteur.

J'ai profité de l'occasion pour entretenir nos confrères du *Concours* et de ses services ; et grand a été mon étonnement en constatant que la plupart ignoraient jusqu'à l'existence de notre Société. J'ai été bien secondé dans ma propagande par M. Brossier, de Corm, entré naguère dans le *Concours* sur ma présentation. Notre parole a eu de l'écho.

Agréez, etc. Dr Brochon.

REPORTAGE MÉDICAL

Deux de nos confrères de Saint-Jean de Luz, à l'époque du choléra, ont donné leurs soins, fait des visites aux voyageurs venant d'Espagne. Ils ont présenté leurs notes d'honoraires aux communes de Bayonne, Biarritz, Hendaye, Saint-Jean de Luz, etc., qui ont répondu qu'il s'agissait d'un service public, relevant de l'État. L'État a renvoyé aux communes et pourtant les médecins et étudiants en médecine délégués spécialement ont été convenablement défrayés. Comment pourrait-il se faire que nos confrères ne soient pas rémunérés sur les fonds votés ? Ils se sont adressés, dans ce but à M. *Bergeron*, président de la Commission d'hygiène et de salubrité. Nous espérons bien qu'il fera droit à leur juste réclamation.

— Nous avons assisté, le 15 juin, à la réception solennelle, par la Société de géographie, de M. Henri Coudreau, l'intrépide explorateur de la Guyane. Bravant les dangers de toute espèce qui attendent les voyageurs dans ces régions, il a rapporté plus de 5,000 kilomètres d'itinéraires relevés avec soin, dont 2,500 nouveaux et plus de 1,000 recueillis en pays inexplorés. Honneur à cet heureux émule de notre célèbre et regretté confrère le Dr Crevaux.

— Le *Syndicat du Loiret* vient de se compléter, d'une façon très heureuse, en créant la *Société de médecine du Loiret* sous la présidence de M. le Dr Chipault, d'Orléans. Comme d'habitude notre confrère et ami Gassot a grandement contribué, pour sa part, à cette organisation. Le secrétaire-général, Dr *Beaurieux*, publiera 2 fois par an le recueil des travaux.

— D'un arrêt du tribunal de Caen il résulte que tout médecin qui réside dans une commune dépourvue d'officine n'a pas le droit de délivrer des médicaments à d'autres que ses propres clients et ne peut porter des médicaments dans une commune où existe une officine régulière.

Association des professeurs des écoles de médecine de France. — Vœux exprimés dans la réunion du 5 avril 1891, à Paris. — Les Directeurs et Délégués des Écoles de Médecine de France, préoccupés de la situation créée par le vote des lois sur le service militaire et sur l'exercice de la médecine.

Considérant :

Que dans l'intérêt des études médicales en général et du service de l'assistance médicale des campagnes, il est nécessaire de conserver, en les développant, les Écoles de médecine existantes ;

Que la suppression de l'officiat de santé ayant été prononcée par la Chambre des Députés et le diplôme de docteur devant être obtenu avant l'âge de 26 ans et après avoir passé une année sous les drapeaux, il importe de consacrer aux études médicales tout le temps nécessaire pour former de bons praticiens ;

Estiment que :

1° Les études des baccalauréats spéciaux pour la médecine doivent être abrégées dans la mesure du possible, de manière à gagner une année au profit des études médicales proprement dites ;

2° Que le régime d'études qui répondrait le mieux à ces desiderata est le suivant :

Dès la première année, études anatomiques et cliniques avec la sanction d'un examen de fin d'année ;

Deuxième année, études anatomiques et cliniques et physiologie, avec un examen probatoire à la fin de l'année ;

Troisième année, clinique et pathologie, avec la sanction d'un examen de fin d'année ;

Deuxième examen probatoire à la fin de la quatrième année ;

Répartition de l'étude des sciences accessoires dans le cours de la scolarité.

Ils réclament en outre :

1° La possibilité pour les étudiants ayant obtenu des fonctions au concours (internes, prosecteurs, aides d'anatomie), de passer quatre années dans les Ecoles préparatoires avec équivalence des inscriptions, si cette faculté n'est pas donnée à tous ;

2° L'incorporation des étudiants en médecine et en pharmacie, faisant leur service militaire, à un corps de troupes tenant garnison dans une ville où siège une Ecole de médecine et de pharmacie, et l'autorisation pour ces jeunes gens, après leur première année de service, de suivre les cours de ces Ecoles ;

3° La constitution de jurys mixtes pour les examens probatoires subis au siège des Ecoles ;

4° La représentation des Ecoles de médecine et de pharmacie au Conseil supérieur de l'Instruction publique et au Conseil général des Facultés.

Etaient présents :

MM. Ledru, de Clermont. — Blatin, de Clermont. — Huguet, de Clermont. — Lenoel, d'Amiens. — Delabost, de Rouen. — Brunon, de Rouen. — Bourienne, de Caen. — Legludic, d'Angers. — Farge, d'Angers. — Turel, de Grenoble. — Deroye, de Dijon. — Maillard, de Dijon. — Roland, de Besançon. — Lefeuvre, de Rennes. — Sainton, de Tours. — Chrétien, de Poitiers.

SOUSCRIPTION CHEVANDIER

3e *liste* (*suite*).

MM. les Drs Langlois, de Pontivy (Morbihan). — Syndicat du Bas-Anjou. — Gauthier, de Luxeuil (Haute-Saône). — Jagu, de Gisors (Eure). — Syndicat du Vexin. — Odin, à St-Honoré-les-Bains (Nièvre). — Mora, de Paris. — Mérentié, de Marseille. — Guéneau, de Nolay (Côtes d'Or). — Cabasse, de Vaucouleurs (Meuse). — Garavel, de Montreuil-sur-Bois (Seine). — Syndicat de la Réole (Gironde).

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

M. les Drs Dupont, d'Yzernay (Maine-et-Loire), présenté par le Dr Drochon, de Vihiers ;

Durand (Em.), Castelnaudary (Aude), membre du syndicat de Castelnaudary ;

Durand (Jean-Alex.), de Castelnaudary, présenté par son frère.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Bousquet, de Marseille; Clolus, de Pleine-Fougères et Guichot, de Lodève, tous trois membres du Concours médical.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'Ecole de Médecine
4, rue Antoine-Dubois, 4

Livres nouveaux de la **Société d'Editions Scientifiques.**

Nota. — Pour recevoir ces livres *franco*, MM. les membres du *Concours médical* n'ont qu'à adresser un mandat postal du prix marqué après avoir déduit eux-mêmes 20 % sur ce prix marqué.

I. *Guide pratique des Sciences médicales*, publié sous la direction de M. le Dr Letulle, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des hôpitaux. *Encyclopédie de poche pour le praticien.* Ouvrage in-18 de 1,500 pages environ, richement cartonné. Prix : 12 fr.

II. *Formulaire de Médecine pratique*, par le Dr E. Monin (préface du professeur Peter) 1 vol. in-18 de 600 p. cartonné à l'anglaise. Prix : 5 fr.

Cet ouvrage, qui renferme plusieurs milliers des meilleures formules, rendra à tous nos confrères les plus utiles services dans leur clientèle journalière. L'hygiène des maladies, la médecine des symptômes, la thérapeutique conçue d'après les indications cliniques : voilà ce qu'y trouveront tous les médecins soucieux d'approfondir l'*ars curandi*, dénommé à bon droit « la partie la plus utile de l'art le plus utile que l'homme ait inventé ». Le Formulaire du docteur Monin est appelé au succès durable, parce qu'il est méthodiquement mis en pages et rédigé avec un sens critique assez rare dans ces sortes de publications.

III. *Guide pratique pour le choix des Lunettes*, par le Dr A. Trousseau, médecin de la Clinique nationale des Quinze-Vingts. In-18 raisin de 80 pages environ, cartonné simili-cuir. Prix : 1 fr. 50.

IV. *Travaux d'ophthalmologie*, par le Dr A. Trousseau. In-8 de 160 p. Prix : 3 fr.

V. *Des climats et des stations climatiques*, par le docteur Hermann Weber, médecin des hôpitaux de Londres, traduit de l'anglais par le Dr Paul Rodet, médecin consultant à Vittel, in-8°. Prix : 5 fr.

VI. *Nos grands médecins d'aujourd'hui*, par Horace Bianchon du *Figaro*. Dessins de Desmoulins, splendide volume in-8° raisin, tirage en 3 couleurs. Prix : 10 fr.

VII. *Les sciences biologiques à la fin du XIXe siècle* (*Médecine, Hygiène, Anthropologie, Sciences naturelles*, etc.), publiées sous la direction de MM. Charcot, Léon Colin, V. Cornil, Duclaux, Dujardin-Beaumetz, Gariel, Marey, Mathias Duval, Planchon, Trélat, Dr H. Labonne et Egasse, secrétaires de la rédaction.

Cette publication formera un magnifique volume in-8, grand jésus, imprimé à deux colonnes, de plus de 1,000 pages, orné d'un nombre considérable de gravures dans le texte; elle paraît par livraisons mensuelles de 32 pages. Prix de la livraison : 1 fr. 25.

L'ouvrage complet formera de 25 à 30 livraisons; on peut souscrire dès maintenant au prix de 30 fr. — Le prix de l'ouvrage complet sera augmenté, pour les non-souscripteurs, après l'achèvement de la publication. — La dix-neuvième livraison est déjà parue.

VIII. *Théories et applications pratiques de l'hypnotisme* (avec 12 figures dans le texte), par le Dr Edgar Bérillon. Prix : 1 fr. 25.

IX. *A travers l'Exposition* (Souvenir de 1889). *Promenades d'un médecin*, par le Dr G. Crouigneau. In-8 raisin de 520 pages orné de 221 gravures, dont 7 hors texte et 3 cartes. Prix : 7 fr. 50.

X. *Questions d'Internat, Manuel du candidat* publié sous la direction du Dr W. Morain avec la collaboration d'un groupe d'anciens internes des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-18 raisin de 600 pages, cart. à l'anglaise. Prix : 7 fr. 50.

XI. *Manuel du candidat* aux divers grades et emplois de médecins et pharmaciens de la réserve et de l'armée territoriale, par le Dr P. Bouloumié, officier de la Légion d'honneur. In-12, 585 pages. Prix : 5 fr.

Nous croyons que cet ouvrage, très complet et très clair, est appelé à rendre les plus grands services aux candidats aux divers grades et emplois de médecins et pharmaciens de la réserve et de l'armée territoriale.

Il répond d'ailleurs exactement au programme des examens obligés pour être nommé ou pour monter en grade.

XII. *Pour les médecins.* **Causeries** par le Dr Grellety. In-18 de 300 pages. Prix : 4 fr.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY,

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Treizième année — N° 27 — 4 Juillet 1891

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Révision de la Législation médicale

Hommage au Dr Chevandier et aux Membres de la Commission parlementaire

Le Comité d'initiative s'est réuni le 1er juillet et a pris les déterminations suivantes :

La souscription ouverte atteignant une somme suffisante pour que les mesures d'exécution puissent être prises, le *banquet* offert aux Membres de la Commission parlementaire aura lieu le *dimanche 19 juillet* courant, *restaurant Marguery*, boulevard Bonne-Nouvelle, *à 7 heures du soir*.

A ce banquet, sera offert à M. le Dr Chevandier, président et rapporteur de la Commission, un objet d'art dont le choix vient d'être arrêté.

Le Comité a décidé, en outre, qu'il était convenable d'associer à cet hommage les Membres du Parlement dont l'intervention, au cours de la discussion, a eu pour effet de déterminer le vote du projet de loi, et aussi les Membres de la Commission nommée en 1881 par la société du Concours médical et dont les travaux ont abouti au rapport du Dr Geoffroy. Une invitation au banquet leur sera donc adressée au nom des souscripteurs.

Le Comité invite tous ceux de ses confrères qui se sont intéressés à l'œuvre de revision législative à venir rehausser par leur présence l'éclat de la manifestation de reconnaissance qu'il est destiné à consacrer.

Déjà un certain nombre de présidents et délégués de Sociétés médicales ont annoncé leur présence.

M. le professeur Cornil, président de la Commission sénatoriale, a bien voulu accepter l'invitation qui lui a été adressée.

Le Comité espère donc que la réunion sera brillante et nombreuse.

Chacun des membres présents, ainsi que chacun des souscripteurs qui ne pourraient pas assister au banquet, recevra la photographie de l'objet d'art offert au promoteur de la loi qui, à juste titre, portera le nom de loi Chevandier.

Le Comité d'initiative soumettra, d'ailleurs, ces décisions à la ratification des souscripteurs présents au banquet du 19 juillet.

Les Membres du Comité, pour éviter, dans la mesure du possible, les difficultés inhérentes à l'organisation du banquet, invitent ceux de leurs confrères qui voudront bien y prendre part, à adresser, de suite, leur adhésion au bureau du Concours médical, 23, rue de Dunkerque.

Le prix du banquet est fixé à 12 francs. Les frais supplémentaires seront couverts par le reliquat de la souscription qui, actuellement, atteint la somme de seize cents francs et sera close le 19 juillet.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'acide agaricinique contre les sueurs excessives.

M. *Combemale,* professeur agrégé à Lille, a étudié ce nouvel agent thérapeutique et est arrivé aux conclusions suivantes :

L'acide agaricinique est un agent antisudoral à action certaine, qui tarit les sueurs aussi bien dans la tuberculose pulmonaire que dans toutes autres intoxications ou infections. Dans la tuberculose pulmonaire, il réussit surtout aux seconde et troisième phases de la maladie.

Les doses de 2 et 4 centigrammes sont suffisantes pour produire ces effets ; il convient d'employer dés l'abord l'acide agaricinique, à cette dernière dose.

Des inconvénients accompagnent parfois l'emploi de l'acide agaricinique et dérivent de l'action irritative locale de cet acide. En injection hypodermique, l'irritation peut aller jusqu'à la production d'abcés ; les nausées, la diarrhée, relèvent de cette action irritante. Mais ces accidents ne surviennent que chez des malades qui présentaient des troubles gastriques ou intestinaux *antérieurs*.

En général l'usage continu, l'abus même de l'acide agaricinique n'entraîne aucun inconvénient grave pour le tube digestif ou pour la santé en général.

En résumé, l'acide agaricinique, que la chimie est parvenue à séparer des résines et des huiles qui l'accompagnaient dans l'agaricine et l'acide agaricique, est le seul élément actif de l'agaric blanc en ce qui concerne la suppression des sueurs nocturnes. Cet agent a une action frénatrice certaine, aussi bien sur les sueurs de la tuberculose pulmonaire, que sur celles qui accompagnent d'autres infections où intoxications. La dose de 2 centigrammes *pro die* suffit pour produire ces effets, mais il convient d'employer, pour ne pas s'exposer à des mécomptes, la dose de 4 centigrammes dés le début. Aucun phénoméne secondaire grave, fâcheux ou même ennuyeux ne survient, lorsque le tube digestif a toute son intégrité anatomique ou fonctionnelle. L'action antisudorale commence au bout de deux heures et se maintient pendant six heures ; au cas de répétition, il n'y a pas à compter avec l'accumulation ou l'accoutumance au médicament.

Spasmes des muscles du cou.

Les observations de spasmes fonctionnels des muscles du cou ne sont pas communes. On désigne ces spasmes sous les noms de tic rotatoire, tic convulsif, hyperkinésie des muscles du cou, etc., mais on ne sait à peu prés rien sur leur nature et sur leur pathogénie. M. *du Cazal* vient d'en observer deux cas, et il a présenté à la Société des Hôpitaux le malade qui fait le sujet de l'observation suivante :

C'est un homme de trente-neuf ans, sans antécédents *héréditaires,* ni personnels. A vingt ans cependant il commença à présenter un tic : il levait brusquement les épaules, rejetait la tête en arrière comme dans ce qu'on pourrait appeler le tic du « sac au dos ». Ces spasmes devinrent plus fréquents dans ces dernières années, surtout après les fatigues.

Depuis quelque temps ce malade a de véritables manies : il ne peut voir le moindre désordre, des objets placés non symétriquement par exemple, sans être tourmenté de l'idée de les mettre en ordre ; quand il cause avec quelqu'un dont l'uni-

FEUILLETON

Le tabac et le corps médical.

(*Suite et fin*).

Le Dr Pécholier soutient que, comme la religion, l'hygiène a ses jansénistes, qui sont sans pitié pour les plus excusables petites faiblesses de l'homme. « Or, dit-il, les jansénistes de l'hygiène n'ont nulle part plus outré leur inflexibilité que contre cette pauvre herbe, avec laquelle la découverte de l'Amérique est venue accroître la somme des jouissances d'ici-bas. On a rédigé contre elle les réquisitoires les plus terribles, et, en exagérant outre mesure des vérités réelles, on les a compromises. Le public, qui fume et qui prise trop souvent avec excès, mais bien souvent aussi avec impunité, ne peut se décider à croire que la société humaine va s'abâtardir ou même s'effondrer, parce qu'elle satisfait sans remords des goûts devenus impérieux. »

Soit ; il faut envisager la question froidement et n'admettre que les accusations réellement fondées. On est ainsi plus à l'aise pour persuader les imprudents.

Plus qu'Alceste, a dit le spirituel agrégé de Montpellier, Philinte est habile à toucher les cœurs ; mais, malgré son indulgence et ses prédilections, qu'il ne déguise pas assez, il est obligé de reconnaître que le flot monte et monte tous les jours davantage, qu'il est nécessaire de réagir, de s'associer aux adversaires implacables de ce nouveau conquérant du monde.

La pipe de Jean Bart fit jadis esclandre à Versailles, auprès des courtisans, qui n'auraient pas cru être à la dernière mode, s'ils n'avaient point paru en public, les vêtements barbouillés de tabac à priser.

Les grands et les petits ont renoncé à priser. Espérons qu'on renoncera peu à peu, aussi, à brûler la solanée vineuse, que je dénonce aujourd'hui à votre mépris, — car derrière ce plaisir, innocent en apparence, se cache un danger, un précipice. — Une simple imitation, troublée d'ordinaire au début par les accidents les plus désagréables et poursuivie courageusement sans plaisir ni profit, voilà l'origine que le vulgaire des fumeurs attribue à l'habitude qu'ils ont contractée.

A la longue, c'est une véritable épée de Damoclès suspendue sur la tête des imprudents, qui, décuplant les dangers du tabac par ceux de l'alcool, ne peuvent vivre qu'assis devant un verre, une pipe à la bouche, dans un café ou un cercle, dont l'atmosphère est empoisonnée par la fumée de tous.

M. Hardy l'a dit à l'Académie (séance du 18 novembre 1890) : L'alcool fait plus de mal que de bien et le tabac ne fait que du mal.

Madame de Girardin a soutenu jadis qu'on pourrait faire un livre tout entier avec ce titre : *De l'émancipation des femmes par le cigare.*

forme est déboutonné, il ne peut s'empêcher de le reboutonner; si dans ce cas il nest pas assez intime avec son interlocuteur, il souffre tellement qu'il est obligé de cesser l'entretien et de s'en aller au plus vite.

Depuis juillet 1889 il éprouve sous le bras droit une sorte de lassitude douloureuse qui l'empêche d'écrire et qui s'étend quelquefois jusqu'à la nuque. Enfin depuis décembre 1889 son état s'est aggravé et les spasmes du cou datent de cette époque.

Voici en quoi ils consistent: la tête exécute d'abord plusieurs mouvements saccadés dus à des contractions cloniques du sterno-mastoïdien; puis elle est vivement attirée à droite par une contraction tonique trés douloureuse. La durée du tic est de quelques secondes, puis il recommence presque aussitôt aprés. Ces contractions sont quelquefois si rapprochées qu'elles empêchent le sommeil; elles disparaissent quand le malade parvient à dormir; la moindre émotion les exagére. En même temps, l'épaule gauche est soulevée par des contractions du rhomboïde et du trapèze; il y a aussi des mouvements associés du bras droit.

Le malade peut, par certains actes, arrêter ces spasmes; il lui suffit, en effet, pour cela, de chanter, de tirer la langue ou de se regarder dans une glace. Mais il lui est absolument impossible de lire.

Dans la deuxième observation de M. du Cazal il s'agit d'un officier de quarante-sept ans, d'un tempérament sec et nerveux, sans tare héréditaire. En novembre dernier ses spasmes débutèrent; la tête partait tantôt à gauche, tantôt à droite; elle était quelquefois rejetée en arrière. Bientôt les secousses augmentérent de fréquence et d'intensité. Actuellement le malade porte penchée en arrière sa tête, que des secousses spasmodiques entraînent à chaque instant vers l'épaule gauche. C'est le muscle sterno-mastoïdien qui est surtout le siége des convulsions; le trapèze est peu touché; ces muscles ont leur volume normal et ils répondent normalement aux excitations électriques. L'état général est bon; le malade dort bien, mais il lui est impossible de lire; les mouvements s'exagérent quand on le regarde. Il ne présente aucun trouble de la sensibilité.

Duchenne, de Boulogne, rapprochait ces spasmes de la crampe des écrivains et pensait qu'ils sont dus à un surmenage du sterno-mastoïdien. Cette théorie, que M. Sevestre indiqua en 1882, pouvait s'appliquer au malade qu'il présenta à la Société à cette époque, et qui était tourneur. Mais une telle cause ne peut être admise pour les deux cas de M. Du Cazal. M. Ballet, en 1888, démontra que l'on pouvait rattacher quelques cas à une hyperexcitabilité médullaire due à une arthrite vertébrale, rhumatismale ou autre. Mais ici on ne trouve pas d'arthrite.

En tenant compte de l'état mental du premier malade, on pourrait penser qu'il s'agit d'un tic convulsif; mais M. Charcot a insisté sur les différences qui séparent les tics convulsifs véritables de ces spasmes absolument involontaires.

M. Vigouroux a signalé dans les spasmes fonctionnels une hypertrophie du muscle atteint avec atrophie du muscle symétrique, mais ces lésions ne sont pas constantes et n'existent pas chez les malades de M. Du Cazal.

Au point de vue thérapeutique, M. Charcot a cité plusieurs cas de guérison par l'électricité. Chez les deux malades de M. du Cazal le traitement électrique appliqué par M. Vigouroux n'a pas donné de résultats.

M. *Ballet.* — Il y a certainement une théorie

Elle soutenait que les femmes intelligentes excitent au tabac *béotiateur* les orgueilleux qu'elles veulent dominer, qu'il faut se défier des manies qu'elles tolèrent: « Loin de se révolter contre cet usage malsain, écrivait-elle, elles l'encouragent de leurs bonnes grâces, elles en font l'objet des plus touchantes attentions; elles vous offrent tous ces dons perfides, ô Français crédules. Ah! défiez-vous de ces présents dangereux; ainsi le perfide assassin, par un breuvage préparé endort, sa victime imprudente; ainsi l'anthropophage gourmet nourrit de plantes aromatiques le prisonnier qu'il veut dévorer; ainsi l'adroite Circé versait le vin des pensées abjectes dans la coupe des voyageurs qu'elle voulait retenir. »

Je connais l'apologie du londrès inspirateur, de la cigarette consolatrice et je la récuse. En admettant que le tabac, qui est si préjudiciable au tube digestif, bien qu'il accélére quelquefois les mouvements péristaltiques de l'intestin et amène des évacuations alvines, n'offre d'autre compensation que de distraire, que de guérir cette maladie de la civilisation, qui s'appelle l'ennui, on obtiendrait bien plus souvent le même résultat par le travail intellectuel et corporel. — Il n'y a pas à se le dissimuler, l'habitude de fumer avec excés surtout constitue, même pour les émules de Mitbridate, un mode d'oisiveté cérébrale qui aboutit à l'inaptitude de l'esprit et à l'irrémédiable engourdissement des facultés. Elle substitue à la pensée soucieuse l'indifférente rêverie; elle fait onduler la vie, comme la fumée légère, dont la spirale monte et s'évanouit au hasard. Vaine vapeur, où se fond l'homme, insouciant de lui-même et des autres!

« La date fatale de 1610, a écrit Michelet, qui marqua l'apparition de deux nouveaux démons, l'alcool et le tabac, ouvrit les routes où l'homme et la femme vont divergents. Ennemis de l'amour, ces deux démons de la solitude qui ont supprimé le baiser, sont antipathiques aux rapprochements sociaux, funestes à la génération. C'est une brutalité de prendre l'illusion en breuvages et la rêverie en fumigations. »

En résumé, je veux bien convenir, avec Méry, que Moka et la Havane sont deux merveilleux pays, qui s'associent parfois pour donner une fête au cerveau; il est possible que, pour certaines personnes, le moment où l'on raconte les plus charmantes choses, où la parole amuse le mieux l'oreille et l'esprit, soit ce moment solennel, pour un estomac satisfait, où le parfum du café se mêle à celui d'un cigare de choix; mais cette excitation, même factice et passagère, a ses inconvénients:

La pensée comme la santé, c'est incontestable, s'enfuient fatalement devant l'invasion des joies trop sensuelles; elles sont femmes l'une et l'autre; l'odeur du tabac leur répugne et l'absinthe leur fait mal!

Vade in pace, etiam amplius noli peccare!

Dr GRELLETY (de Vichy).

pathogénique applicable à tous les cas de spasmes fonctionnels, sauf toutefois ceux qui dépendent d'une arthrite et que M. Du Cazal a bien voulu rappeler. La théorie de Duchenne est trop étroite ; pour lui, un centre fonctionnel fatigué, surmené, se révolte, pour ainsi dire, et le spasme se produit. Mais il est à remarquer que ces spasmes surviennent presque toujours chez des tarés et des héréditaires. Dans le cas de crampe des écrivains, par exemple, on trouvera bien souvent, en cherchant attentivement, des antécédents indéniables ; d'ailleurs, elle ne se produit pas toujours chez des individus écrivant beaucoup.

Qu'il s'agisse de crampe des écrivains ou d'un autre spasme, on trouve la tare nerveuse. Les malades de M. du Cazal semblent être dans ce cas. Ils paraissent être, eux aussi, des dégénérés. Il ne faudrait point d'ailleurs considérer leur spasme comme d'origine périphérique ; les contractions ne sont pas, en effet, limitées aux muscles innervés par le spinal. Il s'agit bien d'un trouble d'origine centrale. De plus, l'un d'eux est véritablement atteint de manie, la manie de l'ordre. Celui que M. du Cazal vient de présenter présente l'arrêt du développement des oreilles que Morel (de Rouen) considère comme caractéristique de la dégénérescence héréditaire ; les oreilles, en effet, ne sont pas ourlées et leur lobule est adhérent.

M. du Cazal a dit que chez l'un de ses malades l'action d'ouvrir la bouche, de tirer la langue, suffit pour arrêter les spasmes. Ceci arrive, en effet, quelquefois. M. Ballet a observé un malade atteint de spasme des paupières ; or ce spasme cessait quand le malade jouait du violon. On pouvait donc espérer, en provoquant un spasme de la main gauche, supprimer le spasme palpébral. C'est en effet ce qui se produisit lorsque M. Ballet eut conseillé au malade de tourner un rouleau dans sa main gauche. Ceci vient encore confirmer la théorie de l'origine centrale de ces spasmes, qui semblent dus à des sortes de décharges nerveuses que l'on peut dériver sur une région ou sur une autre.

M. *Rendu*. — La théorie de l'origine centrale de ces spasmes est encore confirmée par une thérapeutique en usage en Angleterre, la section du nerf spinal. Dans une observation publiée récemment dans le *British med. Journal*, un chirurgien sectionna d'abord le spinal pour un spasme du cou. Le spasme disparut, puis reparut au bout de huit jours ; le chirurgien réséqua alors quelques centimètres du nerf. Pendant trois semaines la malade se crut guérie, mais au bout de ce temps les contractions reparurent. Enfin ce ne fut qu'après la section des nerfs des muscles splénius et complexus que la guérison fut obtenue.

M. *Raymond* partage l'opinion de M. Ballet et regarde les individus atteints de spasmes fonctionnels comme des dégénérés. Il cite deux cas qu'il a observés et où l'influence de l'hérédité nerveuse est indéniable.

M. *du Cazal* rappelle, à propos de l'intervention chirurgicale dont parlait M. Rendu, que M. Tillaux a fait, sans aucun résultat, une semblable opération sur une malade de M. Desnos. M. du Cazal ne l'a donc point conseillée à ses malades ; d'autant plus que dans certains cas on a vu le tic passer du côté opposé à la suite de l'opération.

Hystérie et chorée de Sydenham.

MM. Debove, Comby, Chantemesse ont récemment appelé l'attention de la Société des hôpitaux sur la chorée hystérique se présentant avec tous les caractères de la chorée de Sydenham. Voici deux nouvelles observations de ce genre publiées par *Laveran*.

La première présente beaucoup d'analogie avec celles de M. Debove et de M. Chantemesse. Il s'agit d'un sergent-fourrier très nerveux, qui, à la suite d'une colère, fut pris d'une crise d'hystérie avec aphasie transitoire. Il n'avait jusque-là jamais eu de crise. Quelques heures après survinrent des mouvements choréiques, absolument semblables à ceux de la chorée de Sydenham, et surtout accentués dans les muscles du membre supérieur et du cou ; moins accentués dans les membres inférieurs, ils gênaient cependant la marche. L'aphasie transitoire fut remplacée par le bégaiement hystérique s'accompagnant d'hyperesthésie générale sans anesthésie. A plusieurs reprises, de grandes attaques d'hystérie se produisirent. C'était donc un cas d'hystérie confirmée avec chorée simulant, à s'y méprendre, la chorée de Sydenham.

Dans la seconde observation il s'agit d'un jeune soldat n'ayant jamais eu d'attaques d'hystérie ; depuis trois ans cependant, il avait de temps en temps des mouvements involontaires des membres supérieurs. Quelques jours après son entrée au Val-de-Grâce il fut pris d'une de ces crises. C'est d'abord une sensation de constriction de la poitrine et du cou, une sorte d'angoisse ; puis surviennent les mouvements involontaires simulant l'action de ramer ; il est impossible au malade d'arrêter ces mouvements qui durent plusieurs minutes. On trouve en même temps une hémianesthésie incomplète du côté gauche avec rétrécissement du champ visuel de ce même côté.

Depuis le 2 février dernier sont survenus des mouvements choréiques irréguliers, interrompus seulement de temps en temps par des mouvements de chorée rhythmique.

— A propos de ces deux observations d'hystérie confirmée, M. *Laveran* fait remarquer que cette névrose semble devenir de plus en plus commune chez l'homme. Sans doute, on ne la diagnostiquait pas toujours autrefois, alors qu'on ne connaissait pas ses multiples manifestations ; mais le nervosisme néanmoins semble se généraliser et envahir toutes les classes de la société, tant chez les habitants des villes que chez les habitants des campagnes.

M. *Raymond* pense que, si l'hystérie mâle paraît plus fréquente, c'est parce qu'on sait la diagnostiquer aujourd'hui. Il en a été de même pour l'ataxie locomotrice ; elle parut d'abord très rare, et l'on constate actuellement qu'elle est très commune.

M. *Ballet* ne croit pas non plus à la multiplication réelle des cas d'hystérie mâle.

Greffe et inoculation du cancer chez l'homme.

M. *Cornil* a lu sur ce sujet une note à l'Académie, et un grand bruit s'est élevé depuis dans la presse non médicale. On sait que des tentatives ont été faites depuis longtemps en vue d'obtenir la greffe et la pullulation de tumeurs cancéreuses dans des tissus sains ; cette question très importante de la reproduction par greffage ou par in-

jection de liquide cancéreux se lie étroitement à l'étiologie du cancer et à sa cause parasitaire soupçonnée, mais non encore démontrée.

M. Hanau et M. Morau ont fait, sur les animaux, des expériences suivies de succès. Ce dernier a reproduit l'épithéliôme cylindrique de la souris en injectant sous la peau d'individus sains de la même espèce le suc laiteux de la tumeur.

Les deux observations, prises chez l'homme, que M. Cornil a communiquées à l'Académie, ne sont pas moins démonstratives. Elles lui ont été apportées, il y a quatre ans, par un chirurgien étranger dont il veut taire le nom et dont il n'entreprendra pas la justification. Elles n'auraient jamais été publiées si elles n'avaient pas un grand intérêt scientifique :

I. La première a trait à une femme atteinte d'une volumineuse tumeur du sein. L'opérateur, après avoir enlevé cette tumeur, en a sectionné un très petit fragment et l'a inséré dans la glande mammaire du côté opposé, qui était saine. L'opération avait été faite pendant le sommeil chloroformique, avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses.

On n'observa rien pendant les premiers jours au niveau de cette greffe ; la peau s'était cicatrisée par première intention et il n'y avait pas eu trace d'inflammation. Mais bientôt on sentit un nodule induré qui grossit, atteignit au bout de deux mois le volume d'une amande et fut enlevé par le même chirurgien.

M. Cornil reçut des fragments et des préparations histologiques de la tumeur primitive et de la tumeur développée après la greffe.

Le tissu de la première et de la seconde présentaient identiquement la même structure. Il s'agissait d'un sarcome fasciculé formé de longues cellules fibro-plastiques disposées en faisceaux entrecroisés. La greffe offrait une très grande quantité de cellules en karyokinése, comme cela a lieu dans les tumeurs en voie de développement rapide. Les noyaux ovoïdes de ces cellules du sarcome montraient souvent les figures de division indirecte par deux.

Il y avait donc eu là une greffe très évidente d'une espèce de tumeur parfaitement définie, d'un sarcome fasciculé. Le tissu greffé avait continué à vivre et à se développer.

La malade succomba, peu de temps après, à une maladie aiguë intercurrente. Son autopsie fut faite avec soin. Elle ne présentait trace de sarcome nulle part, ni dans les ganglions lymphatiques, ni dans les organes internes, ni dans le tissu spongieux des os.

On peut élever des objections contre la réalité d'une greffe pratiquée chez un individu déjà en puissance de la tumeur qu'on a greffée. On peut dire qu'il était prédisposé à des néoformations secondaires, puisqu'il était déjà porteur de la tumeur primitive, que ses humeurs étaient modifiées par la tumeur primitive, au point d'avoir acquis une réceptivité spéciale. Cela est soutenable et peut être vrai. La greffe prendra plus sûrement chez un animal qui présente une tumeur cancéreuse dont on aura greffé sur lui-même un fragment ; mais, comme l'a démontré M. Morau, elle réussit également chez les individus sains de même espèce.

Dans cette observation, il est certain que la tumeur secondaire est bien due à la greffe et n'est pas un nodule secondaire survenu spontanément à la suite des progrès de l'infection sarcomateuse, car il n'y avait nulle part dans l'économie de néoformation sarcomateuse secondaire.

II. La seconde observation se rapporte aussi à une tumeur du sein. Après l'ablation du sein malade et pendant le sommeil chloroformique, le chirurgien inséra dans le tissu glandulaire du sein du côté opposé un petit fragment de la tumeur enlevée. La greffe suivit la même évolution : cicatrisation par première intention, rien d'apparent, peu d'inflammation les premiers jours, puis, au bout de quelques semaines, un nodule qui évolua comme un néoplasme.

L'examen histologique de la tumeur primitive montra qu'il s'agissait d'un épithéliome tubulé du sein, qui est une des formes les plus communes du cancer.

La malade ne voulut pas se soumettre à l'opération en vue d'enlever la greffe devenue une petite tumeur. Elle sortit de l'hôpital et elle n'a pas été suivie depuis.

Cette observation, bien que moins démonstrative et moins complète que la précédente, n'en prouve pas moins la possibilité de la greffe d'une tumeur d'une espèce histologique, comme le cancer épithélial tubulé.

Ces deux faits démontrent qu'un fragment de tumeur sarcomateuse et cancéreuse humaine mis en contact avec les tissus normaux de l'individu porteur de cette tumeur, s'y fixe, se développe et envahit le tissu sain en le transformant en néoplasme. C'est une greffe de tissu néoplasique ou même une greffe de cellules. Ce processus nécessite la réunion immédiate du tissu greffé sur le tissu qui est en contact avec lui.

Des cellules d'une néoplasie abdominale ou pleurale, plus ou moins détachées de sa surface, en rapport avec d'autres points normaux de cette séreuse, s'y grefferont et produiront des nodules secondaires multiples, sèmeront les germes d'une éclosion de petites granulations néoplasiques qui s'accroîtront isolément. Une tumeur ovarienne, par exemple, qui restera bénigne tant qu'elle sera limitée dans la capsule fibreuse de l'ovaire, deviendra le point de départ des nodules péritonéaux secondaires, lorsqu'un ou plusieurs bourgeons de cette tumeur auront perforé la capsule et se trouveront en contact avec la séreuse. L'hypothése de greffe que faisaient en pareil cas les pathologistes prend corps et devient une réalité. C'est là, en effet, un procédé de généralisation qui peut se faire aussi bien lorsque les vaisseaux sanguins et lymphatiques transportent les éléments cellulaires et liquides provenant des néoplasmes et qui est encore activé avec plus d'intensité, lorsque la greffe se fait par l'intermédiaire de la circulation sanguine et lymphatique.

MM. *Le Fort*, *Moutard-Martin* et *Cornil* se sont réunis à tous les membres de l'Académie pour blâmer la conduite du chirurgien étranger. Mais la communication qu'a faite M. Cornil à l'Académie, mardi dernier, au sujet d'une greffe cancéreuse pratiquée avec succès de l'homme à l'homme, dit à ce sujet le *Bulletin médical*, a provoqué au Conseil municipal une demande d'explication adressée par M. Strauss à M. le Directeur de l'Assistance publique.

M. le Directeur de l'Assistance publique a déclaré que le fait ne s'est pas passé dans nos hôpitaux parisiens. Nous pouvons ajouter dans au

cun hôpital français. L'acte auquel a fait allusion M. Cornil a soulevé l'indignation des chirurgiens présents à l'Académie et cette indignation est partagée par l'unanimité des chirurgiens français.

En présence des commentaires qui ont suivi sa communication, M. Cornil a publié dans le journal *Le Temps* la lettre suivante :

« Les journaux politiques ont mené grand bruit, ces jours derniers, à propos d'une communication à l'Académie de médecine sur les greffes cancéreuses. Des reporters qui n'assistaient pas à la séance, qui n'avaient pas lu la note publiée dans les journaux médicaux, qui ne tenaient leurs renseignements que de seconde main, ont crié au scandale. Une interpellation a même été adressée à M. le directeur de l'Assistance publique, comme s'il était possible que des greffes cancéreuses fussent faites par les chirurgiens de nos hôpitaux et dans nos établissements hospitaliers. Permettez-moi de donner à vos lecteurs des explications qui paraissent encore nécessaires.

La question soulevée est celle-ci : Est-il légitime de tirer des conclusions scientifiques d'un incident fortuit ou criminel ? J'affirme que cela est permis, et je n'ai rien fait autre chose.

Le pont de Bâle s'écroule ; des centaines de famille sont en deuil ; on cherchera à établir à qui remonte la responsabilité de ce désastre. Mais, en même temps, les ingénieurs, les savants ne manqueront pas de déterminer les conditions de résistance du fer, afin de prévenir de pareilles catastrophes. C'est leur droit et leur devoir.

Un coup de feu criminel atteint un Canadien en pleine région de l'estomac. Le médecin qui soigne le blessé parvient à lui sauver la vie ; mais il restera une fistule gastrique par laquelle l'estomac se montrera à nu, permettant de lire, comme à livre ouvert, ce qui s'y passe. Le médecin profite de cette plaie pour étudier les fonctions de la muqueuse, la composition chimique et les propriétés digestives de suc gastrique. Ce Canadien, dont l'observation est restée célèbre, a révélé les secrets de la digestion dans l'estomac. Son médecin devait-il fermer les yeux, s'obstiner à ne pas étudier ces phénomènes nouveaux parce qu'il en devait la connaissance à une tentative d'assassinat ?

En ce qui me concerne, j'ai reçu, par la poste d'un pays lointain, il y a quatre ans, des préparations de cancers et des mêmes tumeurs greffées, ayant pris et s'étant développées chez deux malades. Ces préparations démontraient la possibilité de la greffe du cancer. Elles étaient d'un grand intérêt scientifique et entraînaient par surcroît des conséquences pratiques utiles.

J'ai cependant hésité pendant quatre ans à publier ces faits, parce qu'il me répugnait de divulguer des tentatives aussi coupables émanant d'un médecin. Des opérations de cette espèce sur l'homme sont injustifiables et ne peuvent que provoquer la réprobation la plus vive, ainsi que je l'ai dit dans ma communication à l'Académie.

Si je me suis décidé à en publier les résultats, c'est parce que l'étude histologique de ces greffes est de nature à éclairer le mode de production et de pullulation des tumeurs cancéreuses. Or, que sait-on aujourd'hui de la cause et de l'origine des cancers ? Bien peu de chose. Est-il un sujet plus digne d'intérêt, une maladie plus terrible, plus fatalement mortelle ? N'est-ce rien que de savoir d'une façon absolue qu'il peut se greffer chez l'homme dans les tissus sains.

Je ne reviendrai pas ici sur ma communication, qui est publiée *in extenso* dans les comptes rendus de l'Académie ; je me bornerai à faire remarquer que les diverses variétés de tumeurs graves par leurs récidives et leur généralisation : les sarcomes, les épithéliomes, les carcinomes, bien que dangereuses à des degrés différents, sont toutes susceptibles d'être greffées. Il résulte des conséquences pratiques directement applicables dans les opérations et qui seront utiles aux chirurgiens et à leur opérés.

Lorsqu'on enlève, par exemple, une tumeur de l'ovaire réputée bénigne et qui ne devrait pas repulluler, il faut la faire passer à travers une ouverture de la paroi du ventre. Souvent le chirurgien laisse pendant un certain temps cette tumeur en contact avec les lèvres de la plaie. Or, lorsque cette tumeur ovarique se trouve en rapport prolongé avec les tissus de la plaie cutanée, elle peut y laisser une greffe, et, quelques mois après, lorsque la cicatrisation est complète, on est tout étonné de voir un bourgeon cancéreux pousser dans la cicatrice. Il existe plusieurs observations de ce genre, qui ne peuvent s'expliquer que par le greffage, aujourd'hui que ce moyen de pullulation est bien démontré.

Bien plus : des tumeurs réputées bénignes, comme les kystes ovariens, pourront laisser des greffes dangereuses dans le péritoine si elles sont ouvertes pendant l'opération et s'il s'écoule dans la séreuse péritonéale du liquide ou des fragments solides contenus dans l'intérieur de la cavité du kyste.

On pourrait rapporter bien des faits de tentatives condamnables qui ont cependant porté des fruits pratiques excellents.

Il y a trente ans, on ne savait pas si les accidents secondaires de la syphilis étaient ou non contagieux. Ricord professait que le contact des plaques muqueuses, accident secondaire des plus fréquents, était sans danger. Un médecin de l'hôpital Saint-Louis a inoculé à un de ses malades, indemne jusque là de syphilis, le liquide d'une plaque muqueuse. Cette opération était d'autant plus condamnable qu'elle avait lieu sans l'assentiment de cet homme, âgé et aveugle, qui ne se doutait de rien.

La syphilis constitutionnelle, complète, a suivi l'inoculation. C'était là un acte bien plus coupable et plus dangereux que de greffer un fragment de cancer chez un cancéreux. Il n'en a pas moins prouvé un fait utile à connaître : la contagiosité d'accidents secondaires, et toutes les générations qui se sont succédé depuis en ont profité. En médecine, comme en toute science, une vérité trouve constamment son application pratique. »

Lipomes multiples et symétriques.

M. *Bucquoy* a présenté à la Société des hôpitaux un malade qui vint, le 9 mars dernier, le consulter pour une sciatique. M. Bucquoy fut tout d'abord frappé par l'énorme développement de son cou ; c'étaient de volumineux lipomes formant au malade une sorte de collier. Outre les tumeurs du cou, on en trouva encore à la partie antérieure du tronc, aux lombes, au scrotum, aux bras.

Cet homme est en apparence très robuste. Jusqu'en 1875, époque où les lipomes commencèrent à se développer, il s'était très bien porté

A ce moment, il eut plusieurs bronchites qui lui ont laissé une certaine gêne respiratoire, puis des poussées d'eczéma des jambes, des varices et des ulcères variqueux. En un mot, c'est un arthritique, et, depuis 1875, toutes les manifestations de l'arthritisme se sont successivement montrées chez lui. Dans ces derniers temps, en effet, il a eu des douleurs vagues et, enfin, il venait à l'hôpital pour une sciatique.

Ce malade n'est ni alcoolique ni névropathe.

Les caractères physiques des tumeurs qu'il présente ne laissent aucun doute sur leur nature : ce sont des lipomes dont la grosseur varie du volume d'un œuf de pigeon à celui d'une grosse orange ; leur disposition est parfaitement symétrique. Ils sont absolument indolores.

On en trouve deux volumineux sous les branches du maxillaire inférieur ; on peut les circonscrire nettement par la palpation ; ils débordent presque le menton. Un autre, du volume d'un gros œuf de dinde, est situé au niveau de chaque apophyse mastoïde ; un autre, plus petit, de chaque côté de la ligne médiane de l'occipital. A la partie postérieure du tronc, on trouve encore quatre lipomes volumineux, deux de chaque côté, au niveau de la région lombaire ; à la partie antérieure de l'abdomen, entre l'ombilic et le pubis, quatre autres tumeurs très grosses, et deux à la partie inférieure du scrotum. Enfin, à la partie interne des bras, entre le biceps et le triceps, on trouve encore de chaque côté un lipome étendu, allongé et assez mal limité.

Il n'y en a pas aux membres inférieurs : on n'en trouve pas, en particulier, au niveau du sciatique.

La présence de ces lipomes n'a pas eu d'influence sur la santé générale ; ils augmentent peu et restent indolores ; c'est plutôt une difformité qu'une maladie.

Toutes les observations de faits analogues sont remarquables par leur similitude ; développement lent et progressif de tumeurs lipomateuses multiples atteignant un volume plus ou moins considérable et ne diminuant jamais par la suite ; siège en de véritables lieux d'élection : nuque, parties latérales du cou, diverses parties du tronc, parties interne et supérieure des membres ; symétrie presque constante. Quand on fait l'ablation de ces lipomes, ils ne récidivent pas.

Ces tumeurs sont très vraisemblablement d'origine nerveuse (Küster) ; leur symétrie et leur développement, en certains lieux d'élection qui ne sont pas des régions à pannicule graisseux, plaident en faveur de cette théorie. M. Mathieu identifie, dans un travail récent, ces lipomes multiples et symétriques avec l'œdème rhumatismal et les pseudo-lipomes décrits par M. Potain. Ces deux affections semblent bien, en effet, avoir une origine névropathique et dépendre de troubles trophiques.

M. *Rendu* : Les cas de ce genre ne sont pas aussi rares qu'on le dit. Mais les lipomes n'atteignent souvent qu'un faible volume et passent inaperçus. Si l'on examinait soigneusement l'état du tissu cellulaire chez les arthritiques, on trouverait très fréquemment de petits lipomes. C'est ainsi que M. Rendu a vu naguère une malade portant, disséminées sur tout le corps, une soixantaine de petites tumeurs grosses comme des noisettes.

M. *Bucquoy* : De tels cas ne sont pas rares, en effet ; mais, ce qui est rare, c'est de voir ces lipomes atteindre le volume de ceux du malade présenté à la Société ; en outre, la symétrie des tumeurs est, chez lui, absolue.

Rash scarlatiniforme dans la varicelle.

M. *Galliard* a observé un cas de rash scarlatiniforme dans la varicelle. De telles observations sont rares ; M. Galliard n'en a trouvé que dix cas publiés jusqu'ici.

Il s'agit d'un garçon de 17 mois 1/2, vacciné à cinq mois et qui était en parfaite santé. Le 4 mars dernier, son frère, âgé de 5 ans, fut atteint de varicelle ; le 21 mars, il présentait lui-même les premières bulles de varicelle. Dès le lendemain, la peau du cou devint rouge, et la rougeur, assez intense, s'étendit progressivement au reste du tronc. La face et les membres étaient respectés, mais le cou, la poitrine, le dos, l'abdomen étaient entièrement envahis. Cette éruption ressemblait absolument à celle de la scarlatine, avec un pointillé hémorrhagique très fin. Il n'y avait pas d'angine ni d'engorgement ganglionnaire. On ne pouvait songer ni à une roséole vaccinale, ni à une scarlatine, ni à une éruption médicamenteuse. Les vésicules de varicelle existaient déjà à la face et au cuir chevelu. C'était donc un rash.

Le lendemain, en effet, l'exanthème scarlatiniforme disparaissait, la fièvre tombait, et, en même temps, les bulles de varicelle commençaient à se dessécher ; on n'en vit pas de nouvelle poussée les jours suivants. La guérison fut rapide.

Le rash, dans ce cas, a été retardé ; il est survenu à la fin d'une varicelle, et il semble avoir agi à la façon d'une crise, puisque de nouvelles poussées de vésicules ne se sont pas montrées après lui. On possède quelques observations de rash dans la varicelle ; mais, si le fait de M. Galliard ressemble à ceux-là par plusieurs traits : état fébrile, durée éphémère de l'éruption, absence d'accidents concomitants ou ultérieurs, il en diffère néanmoins par deux caractères ; le rash est survenu, en effet, à la période d'état de la varicelle, et non à sa période prodomique, et, enfin, il a agi comme une sorte de crise.

Les observations déjà publiées sont dues, en France, à Gintrac et à Œconomon, élève de M. Ollivier ; à l'étranger, à Thomas, Fleischmann, Baader, Hénoch, Stainforth.

Dans tous ces cas le rash a précédé l'éruption de varicelle, sauf dans deux cas où il accompagnait les premiers boutons caractéristiques ; sa durée a été éphémère, sauf dans un cas de Fleischman où il persista deux jours. Il n'a pas eu de signification pronostique fâcheuse ; dans un cas de Thomas, cependant, et dans un cas de Stainforth, le rash a précédé une varicelle gangreneuse. Tous ces cas se sont terminés par la guérison.

M. *Féréol* vient d'observer deux cas d'éruption scarlatiniforme dans le cours d'une santé parfaite ; cet exanthème, survenu avec une fièvre légère et un peu d'angine, a disparu très rapidement.

M. *Rendu* a observé, il y a quelques jours, un fait analogue à ceux de M. Féréol. Un jeune garçon, ayant eu il y a trois ans la scarlatine, est pris de malaise avec état fébrile, léger érythème de la gorge et desquamation de la langue. Le lendemain apparaît une éruption ayant tous les carac-

tères de l'éruption scarlatineuse ; mais bientôt la fièvre tombe, l'exanthème disparaît sans laisser à sa suite la moindre desquamation.

M. *Siredey* cite deux faits analogues qu'il vient d'observer ; une jeune femme de 28 ans, et, huit jours après, son enfant âgé de quelques années, furent pris d'une éruption scarlatiniforme très intense qui passa rapidement.

M. *Netter*, à propos de la rareté du rash scarlatiniforme dans la varicelle, cite un fait, non moins rare, de récidive de varicelle à un mois de distance.

M. *Chauffard* a fait remarquer que le rash dans la varicelle n'est peut-être pas aussi rare qu'on pourrait le croire.

Il en a observé deux exemples dans le service d'Archambault. Dans le premier cas, j'avais pensé à une scarlatine surajoutée à la varicelle. Archambault, constatant l'absence d'angine, conclut à un rash. Dans le second cas, la pression de l'ongle ne produisait pas la raie blanche caractéristique de la scarlatine; il y a peut-être là un signe diagnostic dont la valeur devrait être démontrée par de nouvelles recherches.

Le rash n'est pas toujours scarlatiniforme, dans un cas il était d'apparence rubéolique. Toute cette question des rash de la varicelle pourrait être remise à l'étude.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Traitement de l'albuminurie puerpérale.

I

L'albuminurie, qui survient dans le cours de la grossesse, est une des complications les plus graves qui puissent menacer les jours de la mère et du fœtus ; cette complication, contre laquelle le médecin est aujourd'hui puissamment armé, peut avoir des conséquences d'autant plus sérieuses qu'elle n'est pas reconnue et traitée de bonne heure.

Nous ne parlons point ici des causes et des signes de l'albuminurie gravidique ; nous ne ferons point la description de la plus redoutable des complications de l'albuminurie, *l'éclampsie* : ce sont là choses trop connues de nos lecteurs pour que nous y insistions. Il nous paraît plus utile de résumer le traitement de l'albuminurie de la grossesse, tel qu'il vient d'être exposé dans la thèse, aussi bien pensée qu'élégamment écrite de notre confrère et ami le Dr F. Dubost. Dans ce travail, fait à la Clinique Baudelocque sous l'inspiration du Pr Pinard, Dubost a apporté toutes les observations d'albuminurie et d'éclampsie observées dans le service pendant l'année 1890, et il a fait suivre ces observations de l'exposé du traitement que nous avons vu donner depuis plusieurs année les résultats les plus satisfaisants.

II

Pour reconnaître qu'une femme enceinte est albuminurique, il faut examiner fréquemment les urines pendant les trois ou quatre derniers mois de la grossesse ; il ne faut pas attendre que la femme accuse certains troubles (céphalée frontale, troubles de la vue, etc.), ou que l'on constate de l'œdème plus ou moins généralisé.

Il faut que cet examen des urines soit méthodiquement fait chez toutes les femmes enceintes, primipares ou multipares ; tous les quinze jours pendant les 6e, 7e et 8e mois ; tous les huit ou dix jours pendant le 9e mois. Cette règle est surtout absolue pour les primipares ; on sait en effet qu'elles constituent au moins les 4/5 des albuminuriques et que, chez elles, en raison de la longueur plus grande du travail, l'éclampsie est plus à redouter. — Chez les multipares, on pourra se départir un peu de cette règle, surtout si la femme se porte bien ; mais il faut bien dire que, plus on s'écarte de cette conduite *aujourd'hui classique*, plus on est exposé, ou, mieux, plus on expose les femmes aux accidents d'une albuminurie méconnue. Il n'y a pas bien longtemps que nous avons observé une albuminurie grave chez une tertipare enceinte de 8 mois environ, qui n'avait pas eu de grossesse depuis 12 ans et qui, par conséquent, était retombée dans les conditions de la primiparité.

Il est rarement utile de faire l'examen des urines avant le 6e mois ; c'est cependant une précaution toujours bonne. Dans certains cas cet examen s'impose dès qu'il y a soupçon de grossesse précoce, par exemple lorsqu'une femme a présenté à une grossesse antérieure une albuminurie plus ou moins grave. Les femmes, instruites par l'expérience, sont souvent d'ailleurs les premières à réclamer cet examen.

Dans certains cas où l'on redoute l'apparition de l'albumine, alors qu'il y a des signes un peu inquiétants (œdème intense, céphalée persistante, etc.), l'examen des urines a besoin d'être fait tous les 2 ou 3 jours : dans quelques observations, heureusement rares, l'albuminurie apparaît brusquement ; elle est alors d'autant plus grave que son début est plus rapide. Nous avons vu aussi récemment, à la Clinique Baudelocque, une femme être prise d'éclampsie chez laquelle l'examen des urines avait été négatif 4 ou 5 jours auparavant. Il est vrai que cette femme avait une grossesse gémellaire et se trouvait ainsi dans des conditions particulières. — Lorsque cet examen doit être fréquemment répété, il est souvent plus pratique de confier ce soin à la jeune femme ou à son mari ; en quelques instants on peut les mettre au courant de la manière dont on recherche l'albumine, soit en ajoutant à l'urine, contenue dans un verre à pied, quelques gouttes d'acide nitrique, soit en chauffant dans un petit tube en verre l'urine préalablement acidifiée avec quelques gouttes d'acide acétique, ou même de vinaigre. Cet examen fait par la femme ou son entourage ne présente de garantie sérieuse qu'autant que le médecin a été suffisamment éloquent pour convaincre tout le monde de la nécessité de cet examen et qu'autant qu'il peut le contrôler lui-même. Je n'avais pas été sans doute assez persuasif, il y a un an environ dans une circonstance analogue ; j'avais confié au mari d'une de mes clientes, ancien polytechnicien, très capable par conséquent de faire cette recherche clinique, l'examen des urines pendant les 7e et 8e mois de la grossesse ; il était officier au loin dans un fort de la frontière, et ne pouvait guère recourir à l'expérience d'un médecin ou d'un pharmacien. Sa qualité de militaire m'avait fait penser qu'il respecterait mieux qu'un autre les instructions que je lui avais donnés ; il n'en fut rien. Au commencement du 9e mois, la jeune femme revint à Paris dans sa famille ; mon premier soin fut d'examiner les urines et j'y trouvai environ 2 gr. d'al-

bumine par litre ; de plus œdème généralisé, céphalée, etc. Il fallut un bon mois de soins de tous genres : et cette jeune femme accoucha à terme — après un travail qui me causa les plus grandes inquiétudes parce qu'il fut long et fit réapparaître une grande quantité d'albumine, — elle accoucha d'un enfant petit et très amaigri, comme le sont les fœtus d'albuminuriques. Que s'était-il passé ? Notre jeune ménage avait fait l'examen une fois ou deux au début du 7e mois ; puis, trouvant que cette cuisine physico-chimique n'avait rien de bien poétique, la jugeant précaution inutile, avait négligé tout examen pendant un mois et demi !

J'insiste à dessein sur l'importance de l'examen de l'urine d'une femme enceinte, au risque de faire pester contre moi deux catégories de confrères : les uns, jeunes, imbus de ces idées, trouveront que point n'est besoin d'insister sur une règle aussi élémentaire de pratique obstétricale ; les autres, plus âgés, habitués à voir les accouchements se passer sans grand incident, à la campagne, où d'ailleurs ces complications de la grossesse sont relativement rares, me concéderont que j'ai — que nos maîtres ont raison au point de vue *théorique*, mais que la chose n'est point applicable dans la *pratique*, en raison du milieu où ils exercent. Les femmes enceintes ont d'abord rarement recours au médecin ; elles ne se soumettent que bien exceptionnellement à son examen pendant la grossesse et ne consentiraient point à apporter fréquemment un flacon d'urine chez le pharmacien ou chez le médecin, etc., etc. ; les arguments abondent pour justifier l'abstention.

Tous ces arguments, quelque bons qu'il soient, ne justifient pas l'abstention en pareille matière : c'est un des côtés les plus utiles de notre profession que de lutter chaque jour contre l'ignorance et les préjugés et de faire comprendre à chacun l'utilité des recommandations qui sont faites.

III

Lorsqu'on a constaté la présence de l'albumine dans l'urine d'une femme enceinte, il faut instituer un traitement qui sera d'autant plus sévère que l'albuminurie sera plus intense. Pour apprécier le degré de l'albuminurie, il faut la doser, rechercher la quantité d'albumine que contient un litre d'urine et la quantité totale rendue par jour. Cette analyse quantitative peut se faire, d'une manière assez simple, à l'aide du procédé d'Esbach qui consiste à précipiter l'albumine par l'acide picrique.

On se sert d'un tube en verre à parois assez épaisses sur lequel sont marquées deux lettres : l'une U, située à peu près à la moitié du cube, l'autre R, marquée près de l'ouverture supérieure. On verse de l'urine jusqu'à la lettre U et on ajoute jusqu'à la lettre R le liquide suivant ;

Acide picrique........	10 grammes.
Acide citrique.........	20 —
Eau....................	q. s.

pour un litre.

Le tube bouché par la pulpe du pouce est retourné une douzaine de fois pour que les liquides (urine et réactifs) se mélangent bien ; puis on le laisse au repos pendant 24 heures pour que l'albumine vienne se précipiter à la partie inférieure du tube, qui est graduée et présente les chiffres suivant 1/2, 1, 2, 3, 4, etc. ; ces chiffres indiquent la quantité d'albumine que contient un litre d'urine. Pour avoir la quantité rendue par jour, il suffit de multiplier, par le nombre de litres d'urine émise chaque fois, le chiffre au niveau duquel vient effleurer le dépôt albumineux.

Ce dosage peut être fait sous les yeux de la malade qui s'intéresse aux résultats du traitement qu'elle subit.

Généralement, en effet, l'albuminurie diminue et même disparaît assez rapidement sous l'influence du *régime lacté*. Le Pr Tarnier a montré quels excellents résultats on retire de ce traitement qu'on arrive toujours, ou presque toujours, à faire supporter des femmes, mais à la condition que ce régime lacté soit intégral tant qu'il persiste une certaine quantité d'albumine dans les urines.

Contrairement à une opinion répandue dans le public, ce régime lacté n'a que d'heureux effets au point de vue du fœtus : la maigreur que l'on observe chez les enfants issus d'albuminuriques ne tient point au régime qui a été suivi par la mère, mais à la maladie elle-même.

Outre le régime lacté, qui forme la base du traitement de l'albuminurie gravidique, il est un certain nombre de précautions hygièniques qu'il ne faut pas négliger. Pour éviter l'influence fâcheuse du froid, la femme porte une grande chemise de flanelle, avec de longues manches descendant jusqu'aux poignets ; pour peu que l'albumine soit abondante, il est préférable que la femme ainsi recouverte reste au repos complet au lit, surtout pendant l'hiver. — De même lorsqu'avec une quantité d'albumine assez considérable la malade accuse une céphalalgie assez intense, des troubles de la vue, etc., il est utile de faire de la révulsion du côté du tube digestif et de recourir aux purgatifs drastiques (par exemple l'eau-de-vie allemande et le sirop de nerprun associés à la dose de 15 à 20 grammes chacun) ; les lavements purgatifs sont également indiqués. — Dans les cas d'urémie dyspnéique, il faut faire de la révulsion sur la cage thoracique avec des ventouses sèches ou scarifiées et faire respirer à la malade 25 ou 30 litres d'oxygène dans les 24 heures.

Lorsque l'œdème est très considérable et lorsqu'il a envahi surtout les grandes lèvres, il est utile de faire des mouchetures répétées tous les deux ou trois jours ; après une toilette antiseptique des organes génitaux externes, on fixe une aiguille à coudre ordinaire à l'extrémité d'une pince à forcipressure ; on la flambe et on pratique avec elle une douzaine de mouchetures. Un tampon d'ouate hydrophile et antiseptique est ensuite appliqué sur la grande lèvre et absorbe la sérosité au fur et à mesure de son écoulement.

Du reste, lorsque l'albuminurie est reconnue de bonne heure il est rare que ces complications surviennent ; mais parfois on est appelé à soigner une femme qui est profondément albuminurique et chez laquelle cette complication n'a été reconnue que par l'intensité des accidents ; ou bien il s'agit d'une femme profondément albuminurique, chez laquelle le régime lacté, administré trop tard, ne produit pas l'amélioration habituelle. Dans ces conditions la question de l'accouchement prématuré artificiel peut se poser.

Il y a longtemps déjà que le Pr Tarnier a indiqué quelles étaient les conditions qui devaient être réunies pour qu'on soit autorisé à provoquer l'accouchement. Il faut : « 1o que la grossesse ait atteint la fin du huitième mois, afin

que l'enfant nouveau-né puisse s'élever sans trop de difficultés ; 2° que l'albuminurie soit parvenue à un haut degré ou que la malade présente quelques signes précurseurs de l'éclampsie ; 3° que la femme soit primipare ou qu'elle ait été atteinte d'éclampsie à un accouchement précédent ; 4° qu'on ait constaté l'inefficacité du traitement médical et en particulier de la saignée ».

Ces indications sont restées presque les mêmes ; elles ont été un peu modifiées par le Pr Pinard qui les formule ainsi : « Quand chez une femme enceinte, primipare ou multipare, on a constaté l'existence d'une albuminurie grave (anasarque, troubles persistants de la vue, urémie gastro-intestinale, dyspnéique, etc.), et que, sous l'influence du régime lacté absolu continué pendant huit jours au moins, l'albuminurie ne diminue pas ou continue à faire des progrès, alors que les autres symptômes s'aggravent, on doit, dans l'intérêt de la mère, interrompre le cours de la grossesse ». Il n'est plus question ici de l'âge du fœtus : on interrompt la grossesse, quel qu'en soit le terme, dès que l'albuminurie menace les jours de la mère. La vie du fœtus n'entre guère ici en ligne de compte parce que l'albuminurie grave épargne rarement le fœtus et que, même souvent du 7e au 8e mois de la grossesse, l'accouchement prématuré, artificiel ou naturel, donne seul quelques chances de viabilité au fœtus.

Lorsqu'au cours d'une albuminurie gravidique s'accompagnant de phénomènes généraux graves, le fœtus vient à succomber, il ne faut pas provoquer l'accouchement ; car, après la cessation de la vie du fœtus, on voit les symptômes s'atténuer graduellement et l'albuminurie disparaître peu à peu. D'ailleurs, la nécessité de provoquer l'accouchement deviendra de plus en plus rare à mesure que les femmes seront mieux examinées pendant leur grossesse.

La parturiente albuminurique doit être particulièrement surveillée au moment de l'accouchement : elle est plus prédisposée qu'une autre à l'infection et en même temps à l'intoxication par les antiseptiques. Il faut donc redoubler les précautions aseptiques, pratiquer le moins possible le toucher, puis éviter aussi l'usage des sels de mercure et même n'employer qu'avec prudence l'acide phénique. C'est aux injections vaginales avec l'acide borique ou avec le naphtol qu'il faudra recourir.

Les albuminuriques sont exposées aux hémorrhagies de la délivrance : l'accoucheur se tient sur ses gardes et fait tenir prête une solution antiseptique très chaude, à 48° ou 50°, pour combattre l'hémorrhagie par des injections vaginales ou au besoin intra-utérines. Si l'hémorrhagie était fort abondante ou résistait aux injections chaudes, il faudrait pratiquer la délivrance artificielle. Les albuminuriques peuvent allaiter leur enfant sans aucun inconvénient

Pendant combien de temps aprés l'accouchement le régime lacté doit-il être continué chez une femme albuminurique ? Parfois l'albuminurie disparaît complètement 6, 8, 10, 15 jours aprés l'accouchement; on peut alors essayer le régime lacté mixte, en surveillant les urines et cesser même complètement le lait lorsque l'albumine ne réapparaît plus au bout de quelques jours de ce régime mixte. Mais dans d'autres cas l'albuminurie est beaucoup plus tenace et persiste à de faibles doses, pendant des mois et même des années. Faut-il continuellement soumettre les femmes au régime du lait ? Evidemment non, à moins qu'on n'ait affaire à une véritable néphrite. Mais un certain nombre de ces albuminuries légères, mais tenaces, sont d'origine gastro-hépatique et doivent être traitées en conséquence. — On voit de nouvelles grossesses survenir chez ces femmes sans que la quantité d'albumine augmente d'une façon notable.

Dans un prochain article nous passerons en revue les idées actuelles sur la pathogénie de l'éclampsie et sur les meilleurs moyens de combattre cette redoutable complication, dont le traitement préventif consiste dans le diagnostic précoce et la thérapeutique sévère de l'albuminurie gravidique. G. LEPAGE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Honoraires, frais de dernière maladie.

Barbezieux, le 12 juin 1891.

Monsieur le Directeur,

Vous savez que la Cour de Cassation, interprétant l'article 2101 du code civil, n'accorde de privilége au médecin que pour les frais de la maladie qui a précédé et entraîné la mort (arrêt du 21 novembre 1864).

Je crois avoir démontré (voir mon Traité de jurisprudence médicale, p. 281 et s.) que par ces mots : « La dernière maladie », il faut entendre non pas seulement la maladie à laquelle le débiteur a succombé, mais encore celle qui a précédé un événement autre que la mort et nécessitant une distribution de deniers.

Les tribunaux tendent à réagir contre la jurisprudence de la Cour suprême. Deux mois après l'arrêt du 21 novembre 1864, le tribunal civil de Saint-Amand jugeait en sens contraire, et le tribunal de commerce de Reims adoptait la même opinion dans un jugement du 14 octobre 1887. Je relève aujourd'hui dans les journaux judiciaires un jugement très fortement motivé du tribunal civil de Narbonne, en date du 2 juin courant, dont les principaux motifs sont ainsi conçus :

« Attendu que l'art. 2101, § 3, C. civil, dispose en termes généraux que les frais quelconques de la dernière maladie sont privilégiés sans indiquer que ce soit la maladie dont le débiteur est mort, ce qui implique que les frais faits à l'occasion de la maladie qui a précédé un événement autre que la mort, mais nécessitant une distribution de deniers, sont également privilégiés ; que la même disposition existait dans l'ancien droit ; que la jurisprudence a limité le privilège aux frais occasionnés par la maladie à laquelle le débiteur a succombé lorsque celui-ci avait subi plusieurs maladies consécutives et distinctes, les frais des premières ne pouvant jouir de la même faveur à raison des facilités qu'avait le créancier pour obtenir d'être payé dans l'intervalle d'une maladie à l'autre ; mais que la question de savoir si les frais occasionnés par la maladie qui a précédé immédiatement la faillite ou déconfiture du débiteur sont ou non privilégiés, n'a pas été résolue par les anciennes décisions sur la matière.;

Attendu que ce privilége est basé sur l'impossibilité morale d'agir où se trouve placé le créancier, l'humanité lui interdisant de s'adresser dans ce but au débiteur pendant que ce dernier est aux prises avec la maladie ; que la même raison de décider existe lorsque la faillite ou déconfiture se

produit au cours d'une maladie, pour les frais quelconques de cette maladie, puisqu'elle est la dernière avant l'événement qui donne lieu à la distribution des deniers; qu'il n'existe aucune raison de distinguer entre le cas où le débiteur a recouvré la santé et celui où il a succombé, pourvu que son insolvabilité soit concomitante; que refuser le privilège dans le premier cas et l'admettre dans le second, serait accorder une prime au médecin dont les efforts ont été impuissants et ranger, au contraire, parmi les créanciers les moins favorisés celui dont les soins ont arraché le débiteur à la mort;

Attendu que, quel que soit l'événement qui donne lieu à la distribution des deniers, la créance des gens de service et de ceux qui ont fourni des subsistances est toujours privilégiée, suivant l'opinion unanime des auteurs qui ont écrit sur la matière; qu'on ne saurait placer dans une situation inférieure les médecins dont le privilège est préférable à celui des créanciers dont il vient d'être parlé, en refusant ce caractère à leur créance lorsqu'il s'agit d'un événement autre que la mort;

Attendu que le privilège devrait être refusé au médecin s'il avait suivi la foi de son débiteur, c'est-à-dire si un temps plus ou moins long s'était écoulé entre la convalescence et la déconfiture de ce dernier, sans que la créance ait été réclamée; mais que tel n'est pas le cas dans l'espèce, etc... »

Voici ce dont il s'agissait:

Un sieur Etienne Graves, journalier au service de la Compagnie des chemins de fer du Midi, fut victime d'un accident et reçut les soins du docteur Gauthier. Un jugement du 15 juin 1886 condamnait la Compagnie à payer au blessé une indemnité déterminée. A ce moment, Graves n'était pas encore guéri. De nombreuses oppositions furent jetées entre les mains de la Compagnie par les créanciers de ce dernier et le montant de l'indemnité fit l'objet d'une distribution par contribution. Le juge commissaire alloua au docteur Gauthier, par privilège, le montant total de ses honoraires. C'est sur le contredit élevé contre la collocation qu'est intervenu le jugement qui précède.

Le tribunal de commerce de Fécamp avait jugé dans le même sens le 2 septembre 1890. Sa décision a été déférée à la Cour de Cassation et la Chambre des requêtes en a renvoyé l'examen à la Chambre civile par arrêt du 11 mars 1891.

On peut donc espérer que la jurisprudence va se fixer dans un sens plus conforme à l'équité, aux véritables principes du droit et aux intentions du législateur.

Veuillez agréer, M. le Directeur, l'assurance de ma considération la plus distinguée. DUBRAC.

Cour d'appel de Lyon (1re Ch).

Audience du 4 novembre 1890.

MÉDECIN.— CLIENTÈLE.— CESSION.— NULLITÉ.— VALIDITÉ DE L'ENGAGEMENT DE PRÉSENTER SON SUCCESSEUR A SES CLIENTS.— INTERDICTION D'EXERCER LA MÉDECINE DANS UN RAYON DÉTERMINÉ. — VALIDITÉ.

Une clientèle médicale ne peut être l'objet d'une cession; la confiance que le médecin inspire à ses malades étant un fait personnel qui ne peut pas tomber dans le commerce (art. 1598 C. civ.).

Mais un médecin peut valablement prendre l'engagement de présenter son successeur à ses clients, comme aussi de s'interdire de lui faire concurrence en exerçant la médecine dans un rayon déterminé.

(B... — C. — S...)

ARRÊT

Considérant que, par acte du 19 août 1887, B..., médecin à Vaise, rue de la Pyramide, 2, a vendu à S..., médecin à Genève, sa clientèle. Par cet acte, B...s'engageait à présenter S...à ses clients, et tout en se réservant d'exercer la clientèle à Lyon et dans les communes voisines, il s'interdisait d'avoir un cabinet à Vaise et de faire une concurrence déloyale à S...; que, par le même acte, le dit B... a cédé audit S... son droit au bail des lieux qu'il occupait et certains objets mobiliers, le tout moyennant la somme de 6,000 francs, outre les intérêts;

Considérant que S... conclut à la nullité entière de la convention du 19 août, sauf pour le chef relatif à la cession du mobilier qu'il estime à 700 francs, parce que le traité tombe sous l'application de l'article 1598 du Code civil, la confiance des malades en un médecin n'étant pas dans le commerce; qu'il demande encore la résiliation de ladite convention, parce que B... lui aurait fait depuis une concurrence déloyale;

Considérant, en ce qui concerne ce dernier grief, qu'en présence des explications et productions de B... le demandeur ne fait pas la preuve suffisante de son articulation;

Considérant, au contraire, que la convention du 10 août a eu en vue pour partie la cession de la clientèle médicale de B... et non pas seulement, ainsi qu'il le prétend, l'interdiction d'exercer à Vaise et l'obligation par B... de recommander son successeur à ses clients; que cela résulte des termes exprès dont les parties contractantes se sont servies, et de ce que B... avait dû, avant de passer acte, montrer à son futur acquéreur ses livres et le nombre des clients de son cabinet; qu'il y a donc lieu d'annuler l'acte du 19 août 1887, mais seulement en tant qu'il porte sur la cession de clientèle;

Considérant que les premiers juges ont estimé que dans le prix total de 5,000 francs, celui afférent à la clientèle médicale n'était que de 580 francs, la valeur justifiée des objets livrés ou des réparations exécutées par B... s'élevant à 4,419 francs; que pour arriver à ce dernier chiffre, ils y ont à tort compris le montant des réparations effectuées par B... à son entrée dans les lieux trois ans auparavant, que les avantages provenant de ces réparations avaient en partie disparu;

Mais qu'il y a lieu de faire état des engagements pris par B... de présenter son successeur à ses clients et de ne plus avoir de cabinet à Vaise, stipulations qui n'ont rien de contraire à la loi; qu'il en est de même en ce qui concerne la subrogation au bail;

Considérant que la Cour a les éléments nécessaires pour faire la ventilation des différents éléments du prix convenu entre les parties; qu'elle estime à 2,000 francs la valeur de la clientèle et à 3,000 le droit au bail, le mobilier et les autres obligations prises par B...;

Considérant que sur cette somme, S... a versé celle de 1,500 francs;

Considérant que chacune des parties succombe sur certains chefs de ses conclusions;

Par ces motifs,

La Cour,

Statuant tant sur l'appel principal que sur l'appel incident ;

Dit et prononce qu'il a été mal jugé par le jugement du Tribunal civil de Lyon, rendu entre les parties le 28 juin 1889, bien et avec griefs appelé dudit jugement lequel sera rétracté et mis à néant ;

Emendant et faisant ce qui aurait dû être fait ;

Déclare nulle et non avenue la convention du 19 août 1887, en tant qu'elle a trait à la cession de la clientèle ;

Dit pour le reste qu'elle sortira de son plein et entier effet selon sa forme et teneur ;

Condamne S... à payer à B... :

1° La somme de 1,500 francs avec intérêts à partir du 1er novembre 1887, jusqu'au 22 mai 1888 ;

2° La somme de 150 francs payée à l'enregistrement ;

3° Les intérêts de droit ;

Condamne S... aux trois quarts des dépens de première instance et d'appel, l'autre quart devant être supporté par B..., le coût de l'arrêt et de ses suites, demeurant à la charge de celui qui les aura occasionnés ;

Ordonne la restitution de l'amende.

Conclusions de M. Auzière, avocat général.

Plaidants : Mes Morin et Dubreuil, avocats, assistés de Mes Munier et Clavier, avoués.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de la vallée du Rhône.

Extrait du procès-verbal de la Réunion du 23 juin 1891, à Annonay (Ardèche).

Le secrétaire donne lecture d'une circulaire annonçant que « le Bureau de l'Union des Syndicats a décidé, dans sa réunion du 6 avril, qu'un objet d'art serait offert à M. le Dr Chevandier, député de la Drôme, en souvenir de la part prépondérante qu'il a prise au vote de la loi revisant la législation du 19 ventôse an XI, et qu'il serait invité, avec les membres de la commission parlementaire, à un banquet dont la date sera ultérieurement fixée » et nous demandant, lors de la plus prochaine réunion de notre syndicat, « d'inviter les confrères syndiqués à souscrire et à envoyer un délégué au banquet ».

Après l'échange de quelques observations, le syndicat de la Vallée du Rhône, à l'unanimité des membres présents, vote l'envoi d'une somme de 40 fr. et délègue le Dr Tournaire, de Tain, pour le représenter au banquet offert au Dr Chevandier. Le Syndicat de la vallée du Rhône charge son délégué d'être son interprète auprès du Dr Chevandier et de présenter au bureau de l'Union des Syndicats la résolution suivante :

« Le Syndicat de la Vallée du Rhône invite le « bureau de l'Union des Syndicats à prendre l'i- « nitiative d'une agitation destinée à s'étendre à « tous les syndicats faisant partie de l'Union. « Ceux-ci devront agir sur les sénateurs de leurs « départements pour qu'ils obtiennent du Sénat, « à bref délai et dans tous les cas, avant l'expira- « tion du mandat de la Chambre actuelle, le vote « de la loi sur l'exercice de la médecine, telle « qu'elle a été déposée sur le bureau du Sénat. « Il importera de faire remarquer à MM. les séna- « teurs que la décision prise par la commission « du Sénat, de consulter les conseils généraux « sur l'opportunité de la suppression ou du main- « tien des officiers de santé, n'aura d'autre effet « que de faire perdre un temps précieux, ces as- « semblées départementales étant loin de posséder, « en pareille matière, la compétence et l'indépen- « dance de la Chambre des députés. »

Le Secrétaire-Trésorier.

SOUSCRIPTION CHEVANDIER

Syndicat de la vallée du Rhône. — Docteurs Halbout, de Bernay (Eure). — Viple, d'Ebreuil (Allier). — Gamet, de Pont de Roide (Doubs). — Coustumier de Lude (Sarthe). — Tartarin, de Bellegarde (Louis).

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies des enfants à Paris. *Rapport de la mortalité avec la morbidité, caractéristique de la maladie chez l'enfant*, par le Dr Elie Goubert. 1 vol. in-8, avec de nombreux tableaux statistiques.

L'étude du rapport de la mortalité infantile avec la morbidité n'avait jamais été entreprise. Les résultats qu'elle fournit au point de vue de la cause et de la nature des maladies sont, on peut dire, inespérés : c'est toute la pathologie infantile qui se trouve envisagée sous un jour nouveau, ce sont nombre de questions controversées qui reçoivent leur vraie solution. Cette étude permet, en un mot, de caractériser la maladie chez l'enfant.

Aussi l'auteur a-t-il joint à cet étude un véritable traité de pathologie générale infantile. Mais un traité original, celui qui prend l'enfant dès sa naissance, le suit dans toutes les périodes de son développement, étudie les accidents de ces périodes et examine une par une pour les discuter et les comparer toutes les maladies que cet enfant peut présenter, enfin donne des aperçus nouveaux sur la morbidité.

On peut demander cet ouvrage à la *Société d'Editions scientifiques.*

Des climats et des stations climatiques, par le *Dr Hermann-Weber, médecin des hôpitaux de Londres*, traduit par le Dr P. Rodet, in-8°. Prix: 5 fr., net 4 fr. *franco* pour MM. les membres du Concours médical ; cet ouvrage renferme des indications précieuses pour toutes les stations du monde : durée de séjour, saisons de l'année, en un mot, toute la climatothérapie médicale s'y trouve résumée.

Du même auteur : *Memento d'accouchement.* Prix *net franco* : 2 fr. 40.

Recettes photographiques, par Abel Baguet, agrégé des sciences physiques et naturelles. Prix : 2 francs. C'est un livre de *main* que tout amateur se trouvera bien d'avoir toujours à sa portée. Plus de 300 formules sur révélateurs, bains de virage, colle, vernis, etc., etc., sortant d'embarras le praticien.

Pour les médecins, causeries, par le Dr Grellety, membre du Concours médical, feront passer un bon moment de douce gaieté au lecteur. Prix : 4 fr. net, 3 fr. 20 *franco*.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Treizième année N° 28 11 Juillet 1891

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

Le Concours du *Bureau central des Hôpitaux de Paris* vient de se terminer par la nomination de MM. *W. Œttinger* et *Paul Le Gendre*, notre collaborateur depuis de nombreuses années.

Les lecteurs du *Concours* ont de tout temps apprécié l'écrivain médical qui a rédigé tant d'articles appropriés à leurs goûts et à leurs besoins. Ils se joindront avec plaisir au *Conseil de Direction* du *Concours Médical* pour adresser à M. Le Gendre leurs félicitations et lui souhaiter de se faire un jour une place dans cet enseignement des hôpitaux pour lequel nous désirons un développement réclamé de tous côtés dans l'intérêt de la profession.

A. CÉZILLY.

LA SEMAINE MÉDICALE

Sur une variété de stomatite diphtéroïde à staphylocoques (stomatite impétigineuse).

MM. *Sevestre* et *Gastou* ont observé quelques exemples d'une variété de stomatite peu décrite (1).

Cliniquement, elle se caractérise ainsi qu'il suit : elle affecte d'abord, et souvent d'une façon exclusive, la face interne des lèvres, parfois aussi en même temps certains points de la muqueuse buccale. Dans ces points elle donne naissance à des plaques blanchâtres d'apparence diphtéroïde qui font corps avec la muqueuse, ou du moins ne peuvent en être séparées sans déchirure, et se transforment ensuite sur les parties de la lèvre exposées à l'air, en croûtes sanguinolentes. Elle guérit ordinairement en six ou huit jours et ne présente aucune gravité.

Le début a lieu le plus souvent à la lèvre inférieure, à droite ou à gauche de la ligne médiane. Les plaques, d'abord petites, opalines, transparentes, ne se voient qu'à contre jour. Plus tard, elles s'épaississent et font saillie ; elles sont alors grisâtres ou jaunâtres, comme cireuses. Elles sont très adhérentes, on ne peut les détacher de la muqueuse sans la faire saigner. Allongées, elles mesurent de 5 à 6 millim. de long sur 2 de large.

A la lèvre supérieure, elles siègent dans les deux petits sillons qui limitent le lobule médian. A la face interne de la joue, on les trouve dans la région qui avoisine la commissure des lèvres. Sur le voile du palais et la luette, elles sont arrondies ou ovalaires, parfois réunies par leurs bords. Sur la langue, elles sont rares ; elles siègent sur les bords, près de la pointe ; elles sont petites, allongées. Jamais on n'en voit sur le pharynx ou les amygdales.

Leur évolution est très rapide, l'éruption se fait en un seul temps. Au bout de quelques jours on voit les plaques diminuer d'épaisseur et se rétrécir, puis disparaître. A la commissure des lèvres cependant, elles laissent parfois une fissure assez difficile à guérir.

Autour des plaques, la muqueuse est rouge, tuméfiée et saigne facilement ; la langue est saburrale, l'haleine n'est pas fétide. Elles causent très peu de douleurs, sauf quand elles siègent aux commissures. Les ganglions sont peu tuméfiés ; dans certains cas, on observe de la fièvre, mais ce n'est pas habituel.

Cette stomatite se développe surtout chez les enfants débilités, à nutrition défectueuse, ayant des troubles gastro-intestinaux, à l'occasion de la coqueluche, de la rougeole. On l'observe encore chez les enfants ayant du coryza chronique et

(1) Société médicale des Hôpitaux.

surtout chez ceux qui ont de l'impétigo ; cette coïncidence paraît fournir une indication importante sur la nature de la maladie.

Le diagnostic n'en est habituellement pas difficile. Elle ne peut être confondue avec les aphtes, le muguet, la gangrène ou la syphilis héréditaire. La stomatite ulcéro-membraneuse s'en distingue par sa localisation toute spéciale et la fétidité de l'haleine. Pour la diphtérie, l'hésitation est possible ; il semble d'ailleurs que les cas observés jusqu'ici par les divers auteurs ont été considérés par eux comme de la diphtérie bénigne. Cependant le diagnostic est possible : la diphtérie buccale s'accompagne ordinairement de lésions de la gorge, elle envahit progressivement, les plaques se détachent assez facilement, tandis que dans la stomatite décrite par M. Sevestre on ne peut les enlever sans effraction.

Pour séparer cette affection de la diphtérie, d'autres raisons sont fournies par l'examen bactériologique.

Dans tous les cas on a rencontré le staphylocoque doré. Dans trois cas il était associé à de rares bacilles dont la nature n'a pu être précisée et qui ne paraissent jouer qu'un rôle accessoire. La plupart des enfants avaient de l'impétigo ; or cette éruption semble provoquée également par le staphylocoque doré ; on peut donc donner à cette affection le nom de stomatite impétigineuse. Cette relation a été d'ailleurs remarquée par Bergeron, qui a décrit un « impétigo de la muqueuse des lèvres ». Cette forme particulière de stomatite est importante à connaître et à différencier de ca diphtérie. On évitera ainsi d'envoyer dans les pavillons d'isolement des enfants qui, n'ayant pas la diphtérie, risqueraient de la prendre.

Le traitement est très simple ; il consistera dans l'antisepsie buccale et la prescription d'un régime tonique.

M. *Netter*. — Ce travail de M. Sevestre confirme des recherches de M. Fraenkel qui, examinant des plaques de stomatite aphteuse au cours de la fièvre typhoïde, trouva le staphylocoque doré. Il est intéressant de voir que cet organisme, comme le streptocoque ou le pneumocoque, peut produire des fausses membranes aussi bien que le bacille de Klebs-Lœffler. Il y a quinze jours, dans une angine à plaques un peu plus molles peut-être que celles de la diphtérie vraie, j'ai trouvé également l'aureus. J'ai obtenu aussi deux ou trois colonies de streptocoques qui étaient sans importance.

M. *Sevestre*. — Je sais bien que MM. Cornil et Babés ont signalé des angines membraneuses à staphylocoques ; je n'en ai pas parlé, m'occupant surtout de stomatite et non d'angine.

M. *Comby*. — J'ai déjà signalé à la *Société clinique* l'existence de la stomatite impétigineuse. J'ai observé des enfants chez lesquels l'impétigo s'accompagnait de tournioles, de conjonctivite phlycténulaire. Sur le bord libre des lèvres, ils avaient des croûtes impétigineuses à cheval sur la peau et la muqueuse, on constatait que sur la muqueuse l'éruption avait l'apparence d'ulcérations membraneuses. Le diagnostic m'a paru être assez facile.

M. *Chantemesse*. — La présence de fausses membranes qui tapissent un ou plusieurs points de la bouche ou de la gorge, n'indiquent pas toujours une maladie primitive. Quelle que soit la cause qui a amené une lésion du tégument muqueux, celui-ci peut se recouvrir d'une plaque de fibrine dans l'épaisseur de laquelle on trouve une ou plusieurs des espèces microbiennes qui vivent normalement dans la bouche. La stomatite ou l'angine pseudo-membraneuse ne représente dans tous ces cas qu'une infection secondaire survenue sur une lésion primitive dont les causes sont très multiples.

Lorsqu'on pratique l'ablation des amygdales, on voit très fréquemment survenir, au bout de vingt-quatre ou trente-six heures, une fausse membrane blanche, adhérente, qui tapisse exactement toute la surface mise à nu par l'opération. Cette fausse membrane revêt entièrement les caractères de la fausse membrane diphtérique. Difficile à détacher, elle récidive sur place, mais elle ne s'étend jamais au delà des points sectionnés par l'amygdalotome. En même temps, surviennent de la dysphagie, de la douleur dans la région amygdalienne, un peu de céphalalgie, de malaise ; la fièvre manque d'ordinaire. La maladie s'éteint spontanément, après huit ou dix jours de durée. Elle représente assez bien le tableau des angines diphtéroïdes de Lasègue.

Dans plusieurs cas de ce genre, j'ai étudié, avec la collaboration de mon interne, M. Camescasse, la constitution microbique de ces fausses membranes. Nous y avons trouvé des streptocoques, plus rarement des staphylocoques et enfin de petits bacilles qui, par leur forme et leurs caractères de culture, ressemblaient absolument au bacille de la diphtérie. Mais dans tous les cas la différence était facile à faire par le procédé de M. Roux. Non seulement les colonies de ce pseudo-bacille diphtérique étaient rares, mais leur inoculation n'a jamais produit aucune infection chez les cobayes.

Les angines pseudo-membraneuses consécutives à l'ablation des amygdales ne sont pas diphtériques.

De nos observations résulte encore ce fait que les pseudo-bacilles de la diphtérie, qui se trouvent fréquemment dans la bouche des gens en bonne santé, ne gagnent pas de la virulence par une culture accidentelle sur une lésion de l'amygdale ou du voile du palais.

Les faits que j'ai observés sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse porter un jugement absolu. Ils permettent cependant de dire que les pseudo-bacilles de la diphtérie, trouvés dans les lésions de la gorge tapissées d'une fausse membrane, n'ont pas acquis dans ces circonstances pathologiques la virulence des vrais bacilles diphtériques. L'idée de la spontanéité possible de la diphtérie, envisagée à la lumière d'une hypothèse nouvelle, l'acquisition de la virulence diphtérique par un microbe saprophyte, qui habite communément la bouche, ne s'appuie encore sur aucune observation probante.

M. *Sevestre*. — Je crois le diagnostic de cette stomatite facile ; cependant, deux de nos sujets avaient été envoyés au pavillon Bretonneau. Il était donc nécessaire d'attirer l'attention sur ces faits, d'autant plus qu'ils n'ont été signalés que par Bergeron et par Hénoch. Il fallait, en outre, par l'examen bactériologique, démontrer que cette stomatite n'était pas de la diphtérie.

M. *Rendu*. — Un malade de mon service a eu une pleurésie purulente à staphylocoques purs, comme s'en est assuré mon interne M. Boulloche. On lui a fait l'empyème et la plaie opératoire s'est

diphtérisée. Ce serait là un exemple de fausse membrane due au staphylocoque.

M. *Chantemesse.* — En somme, toutes ces stomatites ou angines à fausses membranes sont des infections secondaires se développant sur une excoriation quelconque.

MALADIES DES VOIES URINAIRES

Pratique de la lithotritie,

Par le Dr E. Desnos, ancien interne des hôpitaux.

On sait quelles profondes modifications ont été introduites par Bigelow dans la pratique de la lithotritie, il y a une douzaine d'années ; à l'ancienne opération de Civiale, excellente d'ailleurs dans beaucoup de cas, mais lente dans ses résultats et laissant le malade longtemps exposé à des accidents, le chirurgien américain substitua une opération rapide qui permet de débarrasser la vessie en une seule fois, abrège considérablement la durée du traitement et qui, dès les premiers essais, a prouvé sa supériorité sur la méthode ancienne. Un peu violente, brutale même en apparence entre les mains de son inventeur, cette opération fut quelque peu modifiée par Otis, Thompson, Guyon, etc.., et ne tarda pas à entrer dans la pratique courante. Il ne ne fallait rien moins pour sauver la lithotritie de l'oubli. En effet, la découverte de Bigelow coïncidait avec le moment où l'antisepsie, perfectionnée et vulgarisée, venait de conférer aux opérations sanglantes une bénignité inconnue jusque là; la taille reprenait faveur et la section hypogastrique en particulier, modifiée et transformée, étendait le champ ouvert aux manœuvres intravésicales.

La lithotritie dut, elle aussi, se faire antiseptique et aseptique ; les progrès dans ce sens ont été continuels depuis 12 ans et cette opération n'est plus ce qu'elle était à ses débuts. Les résultats se sont aussi améliorés sans cesse et aujourd'hui, en France, en Angleterre, en Amérique, la lithotritie constitue l'opération de choix contre les calculs vésicaux. Les chirurgiens allemands, au contraire, préfèrent la taille dans la majorité des cas ; on a été jusqu'à dire en plein congrès que la lithotritie n'avait plus qu'un intérêt historique et devait être regardée comme un reste de vieille chirurgie. C'est montrer à quel point on ignore ce que permet d'atteindre l'opération par les voies naturelles ; on peut hardiment avancer que la plupart des chirurgiens allemands connaissent mal la lithotritie, et ce qui démontre ce fait, c'est leur étonnement lorsqu'ils viennent en France voir pratiquer cette opération comme elle doit l'être. Mais la période d'engouement pour les opérations sanglantes quand même paraît toucher à sa fin ; même en Allemagne, aujourd'hui, on cherche surtout à préciser de mieux en mieux les indications et à constater le résultat éloigné ; cette tendance ne tardera pas à faire rentrer partout la lithotritie en faveur.

Il faut reconnaître d'ailleurs que cette opération est, suivant les cas, ou très facile ou des plus difficiles ; nous verrons tout à l'heure quelles en doivent être les limites ; elles varient essentiellement avec l'habitude plus ou moins grande que chaque chirurgien possède de cette opération. Mais en n'envisageant que les cas simples, une pierre d'un volume moyen, par exemple, dans une vessie ni enflammée ni irritable, avec un bon canal, il serait, à mon avis, blâmable de recourir à autre chose qu'au broiement par les voies naturelles. J'ajouterai que cette opération peut et doit être pratiquée par un praticien quelque peu habitué aux manœuvres intra-vésicales; c'est pour cela que je crois utile de retracer rapidement le manuel opératoire de la lithotritie, en insistant sur quelques détails dont la pratique m'a fait apprécier l'importance.

Pour la majorité des calculs, l'instrumentation est relativement peu compliquée. Il est bon d'avoir à sa disposition une série de brise-pierre de volume et de puissance divers, mais ordinairement deux brise-pierre suffisent, un à mors fenêtré, modèle de Bigelow ou de Reliquet, n° 1 1/2 ou 2, c'est à-dire passant par les nos 22 ou 25 de la filière Charrière, et un brise-pierre à mors plat. Les mors du premier, très puissants, permettent de faire éclater, de démolir le calcul ; mais ils sont un peu offensifs et on se trouvera bien de se servir du lithotriteur à mors plats pour achever le broiement. On aura, en outre, une sonde évacuatrice, d'un numéro 21, 23 ou 25, suivant le calibre du canal connu d'avance ; elle est percée de deux yeux latéraux et munie d'un mandrin métallique ; un marteau métallique ; deux seringues à anneaux d'une contenance de 150 à 200 grammes avec deux embouts de rechange, gros et petits, des sondes de gomme, forme béquille et enfin un aspirateur.

Une table d'opération est inutile ; le malade peut rester dans son lit, à condition que celui-ci ne soit pas trop bas, que le matelas ne soit ni mou, ni trop dépressible. On préparera un coussin assez haut et épais : une couverture de voyage roulée remplit parfaitement le but ; des cuvettes, et en particulier une cuvette longue dite de bidet, un seau de toilette, des draps, etc. Enfin on aura 6 à 10 litres d'une solution boriquée à 5 0/0 (avec addition de 5 grammes de borate de soude par litre), récemment préparée, une solution phéniquée à 5 0/0, de l'huile phéniquée (récemment stérilisée au bain-marie), de la vaseline à l'acide borique ou au salol (10 0/0), du chloroforme ; enfin des compresses ayant séjourné longtemps dans une solution de sublimé ou d'acide phénique, ou mieux de la gaze antiseptique.

Le malade, purgé la veille de l'opération, aura pris un grand lavement le matin même. L'administration de 4 à 6 grammes de salol à l'intérieur, pendant les 2 jours qui précèdent l'opération, est utile. Pour éviter tout refroidissement, les jambes seront entourées de lainages ; le malade est placé très près du bord droit du lit, horizontalement et la tête basse ; on relève alors le bassin au moyen du coussin ou de la couverture roulée, placée sous les fesses. Alors seulement, on donne le chloroforme et on ne commence aucune manœuvre avant que l'anesthésie soit complète.

Le gland, la verge, les régions scrotale et hypogastrique sont lavés au savon, puis à la solution boriquée ; on recouvre toutes ces surfaces de compresses antiseptiques ou mieux de gaze phéniquée sèche qui n'expose pas le malade au refroidissement ; quant au chirurgien, il prendra pour ses mains les mêmes précautions que pour toute grande opération. On procède au lavage de l'urèthre, au moyen de la seringue métallique,

dont la canule est introduite à quelque distance dans ce canal, assez peu profondément pour que le liquide injecté puisse refluer librement. Quand on a fait passer une seringue ou deux de solution boriquée, on recommence la même manœuvre, mais plus doucement et en comprimant légèrement l'extrémité de l'urèthre, de manière à ce que la solution franchisse la portion membraneuse et lave l'urèthre postérieur. Quand il y a suppuration ou infection préalable, il est bien de faire ces lavages avec une solution de nitrate d'argent au millième.

Une sonde béquille, d'un calibre assez gros, 20 à 22, est introduite dans la vessie qu'on lave abondamment avec une solution boriquée. Il faut que le liquide soit injecté avec une force assez grande, sans quoi les mucosités ne se détachent pas de la paroi. Le professeur Guyon recommande d'appuyer en même temps sur la région hypogastrique et d'imprimer une série de secousses à la vessie ; lorsque celle-ci est infectée, un lavage nitraté est nécessaire. Enfin, on injecte dans la vessie la quantité de solution boriquée nécessaire pour exécuter les manœuvres. Cette injection se fait lentement d'un mouvement uniforme du piston et sans secousse ; la quantité ne peut être évaluée ni fixée d'une manière absolue ; elle varie essentiellement d'un sujet à un autre ; il faut s'arrêter dès que les contractions vésicales se font sentir et opposent une résistance à la progression du piston. Vouloir distendre la vessie dans le but de se donner plus de place pour manœuvrer, est une illusion que l'expérience détruit bientôt. On provoque ainsi des contractions partielles qui enserrent les mors de l'instrument, dissimulent le calcul ou ses débris. Le lithotriteur se meut bien plus facilement dans un espace relativement petit, mais dont les parois sont souples et non rétractées. Plusieurs fois, il nous est arrivé de parfaire le broiement d'un calcul presque à sec, quand la vessie était intolérante. D'une manière générale et dans les conditions ordinaires d'une vessie non enflammée, 150 grammes de liquide représentent une quantité suffisante. Dans les vessies les plus vastes et les plus atones, on ne dépassera jamais 300 grammes : il est difficile de ne pas laisser échapper des fragments dans un trop grand espace.

Une fois la vessie remplie, on introduit le *lithrotriteur* qu'on aura choisi de dimensions en rapport avec le volume et la dureté probable de la pierre. Les gros instruments sont d'un emploi exceptionnel, les manœuvres sont difficiles, les prises moins fréquentes et, somme toute, on fait plus de besogne avec un lithotriteur moyen qui donne moins de débris à chaque prise, mais qui permet de saisir les fragments avec plus de facilité. L'introduction se fait suivant les règles du cathétérisme avec les sondes à petite courbure que je ne puis rappeler ici ; les divers temps s'exécuteront lentement, avec une douceur d'autant plus grande qu'un lithotriteur est un instrument puissant et offensif pour l'urèthre ; c'est surtout au passage du cul-de-sac du bulbe qu'il faut redoubler d'attention et ne commencer le mouvement d'abaissement que lorsque le bec se sera engagé dans la partie membraneuse. Il en sera de même dans la prostate ; lorsque cette glande est développée et irrégulière, on se guidera utilement par le toucher rectal.

Dès que les mors sont dans la vessie, il faut se rendre compte rapidement de sa topographie, de ses saillies et de l'espace dans lequel on se meut facilement ; puis on recherche la pierre avec le lithotriteur fermé ; cet instrument constitue un assez mauvais explorateur, et souvent le contact de la pierre n'est pas facilement entendu ou même senti. Sans perdre de temps à ces recherches, on exécutera tout de suite les manœuvres de préparation. Le lithotriteur est maintenu sur la ligne médiane, les mors en haut ; ceux-ci sont écartés et un mouvement de rotation sur l'axe les amène dans une position qui dépasse un peu la ligne horizontale, de telle sorte qu'ils soient un peu inclinés en bas. Très doucement, très lentement ils sont alors rapprochés l'un de l'autre ; s'ils peuvent être ramenés au contact, c'est que le calcul n'était pas compris dans leur écartement ; on recommence alors la même manœuvre sur un autre point et il arrive qu'on éprouve une résistance qui empêche la fermeture complète. Cet obstacle peut être constitué soit par un calcul, soit par un pli de la vessie ; il est facile de se rendre compte de la nature de la prise. D'abord le contact d'un calcul donne une sensation nette, particulière et caractéristique, très différente de la mollesse, de la dépressibilité dont on a conscience quand on a pris une portion de la vessie. Mais c'est là une certitude qu'on n'acquiert que par l'habitude. Lorsqu'une saisie est faite, il faut se contenter tout d'abord de maintenir les mors en contact avec le corps étranger en n'exerçant qu'une pression des plus faibles, puis de faire tourner l'instrument sur lui-même afin d'éloigner les mors du point où la saisie a été faite ; les mouvements sont-ils libres ? le corps enserré est mobile : c'est le calcul. Si, au contraire, on sent une résistance, on éloigne les mors l'un de l'autre, car c'est la muqueuse qui se trouve entre les mors.

Lorsqu'on est certain d'avoir le calcul et rien que lui, on abaisse le levier qui actionne l'écrou brisé et qui permet de faire agir la branche mâle au moyen de la vis sans fin avec une puissance considérable. On fait tourner le volant en déployant une force progressivement croissante, jusqu'à ce qu'on sente et qu'on entende se produire un craquement caractéristique : le calcul a éclaté. Quelquefois il résiste à la pression du volant ; on relève alors la bascule pour désengrener la vis sans fin et on se met en demeure de démolir le calcul par percussion. De la main gauche le lithotriteur est saisi, et le mors maintenu dans une position immuable, calé pour ainsi dire par l'avant-bras du chirurgien qui s'appuie sur la crête iliaque de façon à ce que les mors et le calcul soient et restent bien au centre de la vessie ; de la main droite on percute au moyen d'un marteau métallique à petits coups, sans trop de violence ou de brusquerie, dans la crainte de briser l'instrument. Si le calcul résiste encore, on essaie les mêmes manœuvres avec un lithotriteur plus puissant ; en cas de nouvel échec, il faut renoncer à la lithotritie.

Dans la grande majorité des cas, le calcul éclate sous l'action de la vis de pression ; on va à la recherche des fragments en répétant la même manœuvre toujours aussi prudente, et surtout en s'assurant après chaque prise que l'instrument est parfaitement libre : les fragments doivent être pris et repris un très grand nombre de fois, réduits en poussière ; c'est le meilleur moyen d'assurer l'évacuation et le professeur Guyon

insiste avec raison sur la nécessité d'y consacrer tout le temps nécessaire.

Dès qu'on ne trouve plus de fragment d'un volume notable, on rapproche les mors une dernière fois, et on exerce des pressions énergiques pour les vider complètement et empêcher qu'un fragment ne puisse érailler l'urètre. Puis on retire le lithotriteur et on lui substitue une sonde évacuatrice d'un calibre n° 25. Si l'urèthre est suffisamment large, le liquide s'écoule entraînant une certaine quantité de débris ; on procède aux lavages évacuateurs avec une sonde dont l'embout est aussi large que possible. Il faut en effet injecter le liquide (une solution boriquée à 5 o/o) par petites masses, de 40 à 50 grammes au plus, mais avec force pour soulever les fragments ; les contractions de la vessie sont éveillées par l'irruption du liquide et suffisent pour expulser liquide et débris. Lorsque les contractions sont énergiques, l'évacuation se fait presqu'entièrement au moyen des lavages ; en cas contraire, c'est à un appareil aspirateur que ce rôle est réservé et, de toute façon, il est bon de terminer les manœuvres d'évacuation par l'emploi de cet instrument. Différents modèles ont été inventés ; je me sers le plus souvent de celui du professeur Guyon ; ceux de Bigelow, de Thompson, de Wickham donnent également de bons résultats ; mais ils ont l'inconvénient d'être munis de soupapes, complication qu'on peut éviter et qui empêche de maintenir l'appareil absolument aseptique.

Une fois l'évacuation pratiquée, on est souvent obligé de réintroduire un lithotriteur : dans quelques cas on est certain qu'il reste des fragments et on a suspendu le broiement parce que la vessie se contractait trop violemment, par exemple, ou s'était vidée complètement ; dans d'autres cas on croyait le broiement achevé, mais l'aspirateur a fait entendre un bruit de cliquetis, produit par le choc sur la sonde de fragments qui avaient échappé aux dernières recherches ; à ce point de vue l'aspirateur est un excellent instrument d'exploration. Quoi qu'il en soit, on choisira pour une deuxième introduction un lithotriteur plus petit, qui permet des manœuvres faciles et qui convient mieux à des fragments moins volumineux. Il est rare qu'on soit obligé de recourir à une troisième introduction. De toute façon chaque broiement sera suivi d'une évacuation au moyen des seringues et de l'aspirateur.

Depuis quelques années le professeur Guyon a l'habitude de terminer ses lithotrities par un lavage au nitrate d'argent à 1/1000; il a même fait argenter les parties métalliques de son aspirateur pour pratiquer l'évacuation à l'aide de ce liquide. L'antisepsie est assurément plus parfaite par ce moyen, mais on peut faire d'excellentes évacuations avec de l'eau boriquée ; toutefois, en terminant l'opération, dans les cas où la vessie était préalablement infectée, par un lavage à la solution nitratée. Cette dernière occupe le premier rang parmi les antiseptiques et est ordinairement bien supportée par la vessie ; lorsque cependant il est nécessaire de placer une sonde à demeure, l'injection nitratée rend les contractions vésicales tellement violentes que la sonde ne peut fonctionner. Dans ces cas je laisse dans la vessie une certaine quantité d'une mixture tenant de l'iodoforme en suspension ; je pratique même toute l'opération au milieu de ce liquide quand la vessie est infectée.

Il n'est indispensable de placer une sonde à demeure que dans les cas suivants : chez les prostatiques qui ont de la rétention, complète ou incomplète ; lorsqu'une lésion de la muqueuse vésicale, de quelque importance, a eu lieu pendant les manœuvres ; lorsque le cathétérisme a fait saigner le canal ; lorsqu'enfin le cathétérisme est difficile. D'une façon générale, il est prudent de laisser une sonde pendant quelques heures tout au moins, excepté dans les cas où l'opération a été des plus simples et de très courte durée.

On suspend alors l'anesthésie et on se borne à retirer le coussin placé sous le siège du malade qui reste dans la position horizontale ; on lui laisse les couvertures aux jambes, et des bouteilles d'eau chaude sont placées dans son lit. Pour éviter les vomissements il est bon de ne donner ni boisson ni aliment pendant 6 à 8 heures au moins et plus longtemps encore si des nausées se montraient ou ne cessaient pas. En général, l'urine du premier jour est rare et quelquefois un peu rosée ; dès le lendemain elle devient claire ; il est rare qu'on y rencontre du sable ou des graviers de quelque importance depuis que l'aspiration est régulièrement employée.

La vessie complètement vidée retrouve rapidement la régularité de ses fonctions et les mictions, fréquentes pendant un jour ou deux après l'opération, redeviennent peu à peu normales. C'est entre le 6e et le 7e jour que les malades se lèvent ordinairement. Une vérification est inutile dans la majorité des cas ; elle doit cependant se faire si le chirurgien n'a pas acquis la conviction, immédiatement après l'opération, que l'évacuation était complète ou si des symptômes accusés par le malade laissaient place à un doute. Alors la vérification est indispensable ; par exemple, en présence de vessies irrégulières, à colonnes très contractiles ou plus souvent encore de vessies trop vastes et anfractueuses. Il est rare dans ces cas que la lithotritie soit complète en une séance.

HYGIÈNE

Législation sanitaire.

Si nos confrères veulent bien se reporter quelques semaines en arrière et prendre en main le n° 12 du *Concours médical* (1), ils reliront les quelques lignes consacrées au résumé critique de l'intéressante étude de M. H. Monod sur l'application des mesures sanitaires en Angleterre, sur les résultats obtenus depuis 1875 par nos voisins, en hygiène générale et privée.

Mais il ne suffira pas de connaître et de peser ces statistiques ; il leur faudra savoir comment, et par quels moyens, les pouvoirs publics ont pu procurer à leur patrie de tels bienfaits. Aussi, dans la séance du 22 avril 1891, M. Monod apporte-t-il, à la Société de Médecine publique, l'énumération de ces moyens.

Ils découlent tout naturellement des deux faits qui dominent l'hygiène anglaise ; la *législation* et *l'administration sanitaires*.

Et cependant, est-il un peuple qui revendique plus hautement l'idée de liberté individuelle ou l'inviolabilité de domicile ? L'Anglais est indépendant par-dessus tout, et la décentralisation domi-

(1) Année 1891.

ne sa règle de conduite. Si donc nous réclamons pour la forme une loi et une police sanitaires, nous aurons lieu d'être surpris de rencontrer, au seul mot de réforme, toute une légion d'adversaires décidés à engager la lutte, sous le seul prétexte de liberté individuelle ou de décentralisation.

Nuire à autrui est donc permis ? La liberté consiste donc à laisser passer les épidémies sans enrayer leur marche ou les étouffer dans le germe ? Et la science, qui a tout pénétré, tout dévoilé, sera-t-elle condamnée à rester théorique ? Une maison est réputée insalubre ; bientôt elle deviendra le foyer d'une épidémie qui s'étendra à ses voisins, et nous n'aurions pas le droit de protester !... Le sol est infecté, l'eau de votre boisson contaminée par des vidanges, et vous assisteriez placide au danger qui vous menace ? Mais pourquoi la loi vous laisserait-elle sans armes en face du danger ? « La liberté de vivre ne vaut-elle pas la liberté de tuer ? » nous dit M. Monod..., et ne devons-nous pas réclamer la sauvegarde de la loi ?

Aussi les Anglais ont-ils compris qu'assainir les villes, les villages et les maisons, se mettre en garde contre la falsification, c'était réprimer la contagion, prévenir les maladies infectieuses, et faire pour le pays œuvre de saine régénération.

Et d'abord, qu'a fait la loi anglaise pour assurer l'assainissement des habitations et des villes ?...

L'autorité locale est contrainte à fournir de bonne eau, en quantité suffisante pour tout le district. La loi de 1875, art. 51, oblige tout propriétaire à munir sa maison de l'eau nécessaire aux besoins de ses habitants. Par le *water act* (1878), toute maison nouvellement construite est visitée par l'autorité, et si les prescriptions relatives à l'aménagement des eaux ne sont pas jugées suffisantes, le propriétaire est tenu d'exécuter les travaux immédiatement. Des indications précises et fort détaillées sont données par l'autorité locale pour l'établissement des égouts, leur ventilation, leur nettoyage, et si par hasard l'autorité locale ne fait pas son devoir (ce qui est rare), le pouvoir central intervient et le *Local Government Board*, après enquête, prend un arrêté qui fixe le délai maximum.

La ville de Lincoln ayant voulu, sous prétexte d'économies, se soustraire à l'obligation que lui avait imposée le *Local Government Board* de construire un réseau d'égouts, dut subir toutes les rigueurs du *Board* et, traduite devant *The court of Queen's Bench*, se vit finalement forcée d'obéir. Du reste, Lincoln en fut vite récompensée : le taux de mortalité, qui était de 22,7 pour une population de 32,821 habitants, n'était plus, après l'achèvement des travaux, que de 15,4 pour une population de 49,590 habitants. En face d'une organisation aussi sévère et aussi puissante, qu'avons-nous dans notre pays ? La loi du 13 Avril 1850 sur les maisons insalubres saurait-elle suffire ? — A peine si nous avons 4 à 5 villes en France où les commissions des logements insalubres ont une existence effective.... Grâce à l'incurie ou à l'incompétence, ces commissions ne fonctionnent jamais, et l'état d'insalubrité persiste avec toutes ses conséquences.... Le Dr Martin n'a-t-il pas pourtant démontré que « celui qui jette dans un cours d'eau des matières capables de tuer les poissons passe en police correctionnelle et est puni de la prison, tandis que celui qui y jette des matières pouvant amener la maladie et la mort des hommes n'encourt qu'une amende dérisoire devant le tribunal de simple police ! »

Relativement aux maladies contagieuses, le *Registration Act* de 1874, qui enjoignait à l'employé civil de relever les décès et leurs causes, a été jugé absolument insuffisant ; aussi le 30 *août* 1889 paraissait une loi rendant obligatoire la déclaration immédiate des maladies contagieuses comprises dans l'énumération suivante : variole, choléra, diphtérie, croup, érysipèle, scarlatine, fièvre typhoïde, entérique, relapse, continue ou puerpérale.

Les parents des malades et les personnes soignant le malade ou habitant la maison sont tenus par la loi de faire la déclaration ; tout comme le médecin appelé doit, sitôt constatation, faire le certificat indiquant le nom du malade, son domicile et la maladie. Toute infraction à ce règlement est punie d'une forte amende.

L'autorité sanitaire, prévenue, s'enquiert aussitôt des causes de la maladie, préside à l'isolement du malade ou le fait transporter à l'hôpital, après avis du médecin traitant. De plus, elle met le propriétaire ou le locataire en mesure de désinfecter la maison et les objets qu'elle renferme. Le refus peut entraîner la destruction des objets infectés, par ordre de l'autorité qui indemnise alors le propriétaire des objets détruits. Enfin, toute personne atteinte de maladie contagieuse, sera passible d'une amende si, le sachant, elle entre dans un lieu public, une voiture, etc., ou vend des objets contaminés à elle appartenant.

Devrons-nous rappeler qu'en France la déclaration des maladies infectieuses n'a pas encore été rendue obligatoire, sous prétexte de secret professionnel, etc. ? et serons-nous toujours des médecins coupables « d'homicide par discrétion », selon l'éloquente et énergique formule du Dr Le Fort.

Cependant, en ce qui concerne la *falsification des denrées alimentaires*, il y a interdiction et punition tant en France qu'en Angleterre. Celle-ci, toutefois, est mieux armée, et ses 228 chimistes (*public analysts*) opposent aux contrefacteurs un nombre si grand d'analyses que ces derniers doivent nécessairement compter avec eux. En 1889, ils faisaient 27,000 analyses, tant à Londres que dans les villes ou les comtés. Leur rôle devient de plus en plus considérable, et si les commerçants les redoutent, les consommateurs, en revanche, leur ont voué une reconnaissance sincère.

Au point de vue administratif, la *Santé publique* en Angleterre est composée d'autorités urbaines, rurales ou maritimes, qui comprennent un bureau d'hygiène dont les pouvoirs sont parfaitement définis. Il dispose d'un budget, donne des ordres et les fait exécuter par ses propres fonctionnaires. Le chef du bureau (*medical officer of health*) se tient au courant de tout ce qui regarde la santé publique, et doit, en conséquence, prendre les mesures nécessaires à la sauvegarde.

Enfin, comme point de ralliement, ou centralisateur, apparaît le *Board* qui comprend neuf services distincts : celui de l'Assistance publique, celui de l'hygiène publique, celui de

architectes sanitaires, celui de l'hygiène des fabriques, celui des eaux de Londres, celui de la statistique, celui du contentieux.

En dehors des rapports qu'il concentre, et des renseignements que lui fournissent directement les chefs de services locaux, il a à sa disposition des inspecteurs généraux et des sous-inspecteurs, Ces fonctionnaires reçoivent des appointements relativement considérables, aussi remplissent-ils leur mission avec uno scrupuleuse exactitude.

Au résumé, l'Angleterre a su, par des lois justement appliquées, et un personnel exercé et bien rétribué, montrer au monde qu'il était possible d'allier la liberté individuelle à une législation sévère. Elle a pu ainsi assurer l'assainissement des villes, lutter avec avantage contre les maladies infectieuses, et, au demeurant, le plus beau résultat de cette campagne humanitaire a été de diminuer la mortalité en écartant de son peuple les dangers de la contagion.

Docteur MORICE (de Néris).

TRAVAUX ORIGINAUX.

Méfaits de l'arthritisme.

Si je reviens, à si bref délai, sur la *Diathèse congestive*, c'est que je lui en veux particulièrement, et non sans motif, hélas ! Je parlais dernièrement de ses manifestations hémorrhagiques du côté des organes respiratoires. Mais là n'est pas son unique champ d'action : une plaie, par exemple, peut devenir un terrain très propice.

Ainsi, voici une religieuse de 60 ans, opérée il y a 4 ans par le Professeur Regnaut, do Rennes, d'une tumeur au sein gauche. Le 3e jour une hémorrhagie excessive se déclara dans la plaie, qui débilita profondément la malade et retarda, outre mesure, son rétablissement.

Il y a un an, apparut dans l'aisselle gauche une grosseur très dure, et, bientôt après, le bras et les doigts devinrent le siège de douleurs lancinantes ou de fourmillements.

Lors de mon examen, la tumeur remplissait le creux axillaire ; elle avait la consistance ligneuse des ganglions squirrheux, et présentait des adhérences intimes et solides avec les parties sous-jacentes. La peau ulcérée laissait passer un champignon saignant, gros comme une noix.

Malgré cette grave lésion locale, l'état général semblait excellent. Il existait un véritable embonpoint, et toutes les fonctions s'accomplissaient régulièrement. En dehors du néoplasme enlevé il y a 4 ans, on ne trouvait dans le passé pathologique de cette femme que deux ou trois atteintes de rhumatisme articulaire aigu.

L'intervention était urgente. Une double incision elliptique circonscrivit un lambeau cutané, au centre duquel se trouvait l'ulcère végétant. Après deux heures de manœuvres laborieuses avec le bistouri, la spatule, et surtout mes doigts et mes ongles, la cavité de l'aisselle fut entièrement nettoyée, il n'en restait plus que les parois. Les plus fortes adhérences que j'avais eues à rompre étaient au niveau du grand dentelé et du sous-scapulaire ; autour du paquet vasculo-nerveux, le néoplasme avait envoyé deux prolongements qui l'enserraient complètement comme les pinces d'un homard. La perte de sang fut insignifiante ; trois fils furent placés sur des artérioles et 8 pinces à forcipressure laissées jusqu'au lendemain. Je bourrai la plaie de gaze iodoformée, et les suites de l'opération furent d'abord des plus simples. Pas de fièvre ; appétit et sommeil ordinaires ; plus d'élancements douloureux dans le membre. Dès le 4e jour, la malade fait quelques pas dans sa chambre.

Le 6e jour, la névralgie revient dans le bras : grâce à la quinine, elle disparaît. Dans la nuit du 8e jour, nouvelle douleur dans l'épaule et dans le bras. Le lendemain matin, épistaxis abondante qui remplace la névralgie du bras.

Dans la matinée, au milieu du calme le plus parfait, la malade se sent tout à coup inondée par le sang qui ruisselle de sa plaie à travers le pansement. Seule dans sa chambre, elle se précipite sur le palier pour crier au secours, et là, tombe en syncope. J'arrive, et après avoir enlevé le pansement et les caillots, je constate qu'il ne coule plus une goutte de sang. Même pansement à la gaze iodoformée et compression énergique.

Le reste de la journée se passa bien ; mais le lendemain, de bonne heure, on me rappelle ; une seconde hémorrhagie s'est déclarée. Cette fois, je puis en découvrir la source, elle est partout, sur la surface entière de la plaie : c'est comme une pluie très ténue filtrant entre les fibres des muscles pectoraux, grand dentelé et sous-scapulaire. Pas la moindre artériole à lier : c'est désespérant ! Néanmoins, un copieux badigeonnage au perchlorure de fer suffit à fermer ces milliers de bouches invisibles. Nouveau tampon de gaze iodoformée. C'est peut-être l'hémostase définitive. Vain espoir ! Après être resté sec pendant deux heures, voilà que de nouveau le pansement rougit, et le sang arrive plus abondant que jamais. Je puis découvrir deux artérioles ouvertes et les pincer ; le reste de la plaie donne comme une écumoire. Je promène largement un thermocautère sur toute cette surface ; la plaie reste plus d'une demi-heure sous mes yeux, complètement étanche. Le pansement est alors remis en place.

Mais la malade exsangue accuse des tintements d'oreilles ; la vue s'obnubile, il y a des lipothymies, et le pouls se fait de plus en plus filiforme. Malgré tous les cordiaux et les injections de caféine et d'éther, la mort termine ce drame inattendu au bout de quatre heures. C'était un beau cas à transfusion ; je n'ai pu la faire.

Il me semble qu'il ne peut subsister aucun doute sur la nature de la complication si malheureuse qui emporta mon opérée. Dans une clinique de l'Hôtel-Dieu, 1884, Kirmisson indique comme causes des hémorrhagies chirurgicales : le paludisme, le diabète, l'albuminurie, les maladies de foie, la septicémie. Cette étiologie n'est pas ici applicable. Mais ma malade était rhumatisante : or, Verneuil a démontré combien chez les arthritiques les plaies sont sujettes aux congestions hémorrhagiques et aux accès névralgiques. La première hémorrhagie, dont la malade faillit être victime il y a 4 ans, était évidemment de la même nature que celle contre laquelle j'ai eu à lutter.

Je ne sais si je me trompe, mais l'accident suivant, quoique différent, est encore, à mon avis, imputable à l'arthritisme. X..., 37 ans, cocher, sans autre antécédent morbide qu'un rhumatisme

chronique du genou qu'il utilisait comme baromètre pour prédire la pluie, fait un faux pas dont il ressent une très vive douleur. On le hisse sur le siège de sa voiture, et il peut la conduire pendant 15 kilomètres.

Rentré chez lui, il appelle un rebouteur qui diagnostiqua je ne sais quoi et appliqua sur l'extrémité inférieure de la jambe un emplâtre de diachylon.

La douleur cessa sous l'influence du repos.

Dans la nuit du 3e jour, le blessé eut quelque chose d'analogue à un accès de somnambulisme. Sa femme, qui dormait à ses côtés, l'aperçut tout à coup marchant au milieu de la chambre et cherchant un objet quelconque. Elle le fit revenir au lit, et le malade parut se rendormir. La journée fut entrecoupée de paroles incohérentes, suivies très promptement de lucidité complète. Enfin, le soir, éclata un délire furieux.

Le blessé, aux yeux hagards, à la parole saccadée, vocifère, déchire ses draps, brise son lit à coups de pieds. Plusieurs hommes le maintiennent avec peine. Lorsque je le vis, à cette surexcitation violente avait déjà succédé le collapsus, avec pouls très petit et incomptable, soif vive, sueurs froides. Il y avait une double fracture susmalléolaire de la jambe droite, et le pied qui n'adhérait plus au membre que par la peau, ballottait comme un pied de polichinelle. De quand datait cette lésion ? Je crois qu'il n'existait d'abord qu'une fracture unique du tibia ou du péroné, l'un des os servant d'attelle à l'autre, et qu'en se débattant contre la boiserie de son lit, le délirant aura fait le reste.

La mort arriva quelques instants après.

J'étais seul près de ce malade. Si nous avions été trois médecins, l'un aurait dit : c'est du délire nerveux traumatique ; l'autre : c'est du delirium tremens ; moi, j'ai dit : c'est du rhumatisme cérébral. J'ai vu plusieurs cas de délire nerveux chez des opérés, mais jamais avec cette violence inouïe qui ne paraît justiciable que de la camisole de force. Les malades sortaient de leur lit, mais il suffisait de leur parler doucement pour les y faire rentrer ; ils arrachaient leur pansement, mais sans brusquerie, et leurs divagations étaient tranquilles ou peu bruyantes. Enfin, la terminaison était toujours favorable.

Quant au delirium tremens, les habitudes du blessé ne pouvaient le laisser prévoir : sans être un modèle de tempérance, il n'était ni un alcoolique, ni un ivrogne.

Les symptômes notés chez mon cocher sont bien ceux de cette encéphalopathie qu'on a désignée sous le nom de rhumatisme cérébral à forme ataxique et qui tue en quelques heures. Ce n'est pas d'ailleurs la première fois qu'on accuse l'arthritisme de pareils accidents dans les fractures, les entorses ou les plaies.

Le traumatisme réveille la diathèse, qui d'emblée monte au cerveau, comme elle le fait dans le cours d'un rhumatisme articulaire fébrile.

Les faits analogues à celui que je viens de rapporter doivent être plus fréquents qu'on ne pense ; mais ils reçoivent une autre interprétation.

Dr LANGLAIS.

Pontivy, juin 1891.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Privilége pour frais de dernière maladie.

TRIBUNAL CIVIL DE NARBONNE.

Audience du 2 juin 1891.

Attendu que dans la distribution des deniers alloués à titre de dommages-intérêts au sieur Etienne Graves, suivant jugement du 15 juin 1886, à la suite d'un accident dont il a été victime au service de la Cie des chemins de fer du Midi, le sieur Gauthier, docteur en médecine, a été colloqué au rang des privilèges pour une somme de 680 francs à raison des soins qu'il avait donnés au dit Etienne Graves pendant la maladie qui a suivi l'accident ; que cette collocation ayant été contestée, il y a lieu de statuer sur le contredit.

Attendu que l'art. 2.101 § 3 du code civil dispose, en termes généraux, que les frais quelconques de la dernière maladie sont privilégiés sans indiquer que ce soit la maladie dont le débiteur est mort, ce qui implique que les frais faits à l'occasion de la maladie qui a précédé un évènement autre que la mort, mais nécessitant une distribution de deniers, sont également privilégiés.

Que la même disposition existait dans l'ancien droit ;

Que la Jurisprudence a limité le privilège aux frais occasionnés par la maladie à laquelle le débiteur a succombé, lorsque celui-ci avait subi plusieurs maladies consécutives et distinctes, les frais des premières ne pouvant jouir de la même faveur à raison des facilités qu'avait le créancier pour obtenir d'être payé dans l'intervalle d'une maladie à l'autre, mais que la question de savoir si les frais occasionnés par la maladie qui a précédé immédiatement la faillite ou déconfiture du débiteur, sont ou non privilégiés, n'a pas été résolue par les anciennes décisions sur la matière.

Attendu que ce privilège est basé sur l'impossibilité morale d'agir où se trouve placé le créancier, l'humanité lui interdisant de s'adresser dans ce but au débiteur pendant que ce dernier est aux prises avec la maladie ; que la même raison de décider, existe, lorsque la faillite ou déconfiture se produit au cours d'une maladie, pour les frais quelconques de cette maladie, puisqu'elle est la dernière avant l'évènement qui donne lieu à la distribution des deniers ; qu'il n'existe aucune raison de distinguer entre le cas où le débiteur a recouvré la santé et celui où il a succombé, pourvu que son insolvabilité soit concomitante.

Que refuser le privilège dans le premier cas et l'admettre dans le second serait accorder une prime au médecin dont les efforts ont été impuissants, et ranger, au contraire, parmi les créanciers les moins favorisés celui dont les soins ont arraché le débiteur à la mort.

Attendu que, quel que soit l'évènement qui donne lieu à la distribution des deniers, la créance des gens de service et de ceux qui ont fourni des subsistances est toujours privilégiée, suivant l'opinion unanime des auteurs qui ont écrit sur la matière ; qu'on ne saurait placer dans une situation inférieure les médecins dont le privilège est préférable à celui des créanciers dont il vient d'être parlé, en refusant ce caractère à leur créance, lorsqu'il s'agit d'un autre que la mort.

Attendu que, le privilège devrait être refusé au médecin, s'il avait suivi la foi de son débiteur, c'est-à-dire si un temps plus ou moins long s'était écoulé entre la convalescence et la faillite ou déconfiture de ce dernier sans que la créance ait été réclamée, mais que tel n'est pas le cas dans l'espèce ; que la maladie à l'occasion de laquelle le docteur Gauthier a donné ses soins à Etienne Graves s'est prolongée jusqu'au 15 juin 1886, date du jugement qui alloue à titre d'indemnité la somme mise en distribution et qu'aussitôt après cette décision de nombreuses oppositions furent jetées par les divers créanciers de Graves entre les mains de la Compagnie des chemins de fer du Midi débitrice de cette indemnité ; que devant ces oppositions et l'insolvabilité notoire du débiteur, le docteur Gauthier était dans l'impossibilité d'obtenir le paiement de ses honoraires ; que c'est donc à bon droit que M. le juge commissaire a considéré sa créance comme privilégiée. Mais attendu que le montant des honoraires réclamés paraît exagéré eu égard à la condition sociale d'Etienne Graves qui était journalier au service de la Compagnie des chemins de fer du Midi, ne possédait d'autres ressources que le produit de son travail et est devenu insolvable par suite du repos forcé auquel l'a contraint l'accident dont il a été victime.

Par ces motifs,

Le tribunal, ouï M. Cros-Mayrevieille, juge aux ordres en son rapport et le Ministère public en ses conclusions maintient la collocation du sieur Elzéar Gauthier, docteur en médecine au deuxième rang des privilèges ; dit toutefois que sa créance sera réduite en capital à 408 francs et aux intérêts y relatifs ; alloue les dépens comme frais de distribution.

Délibéré, etc.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de la Marne.

SECTION D'EPERNAY.

A la suite d'une réunion préparatoire tenue au mois de mars 1891, chez le docteur Pellot, une nouvelle réunion a été tenue le 12 avril à l'hôtel de Ville d'Epernay, dans le but de reconstituer l'ancien Syndicat tombé dans l'inertie à la suite des incidents de 1886.

Etaient présents à la séance :

MM. Chéruy, d'Hautvillers ;
Calvet, d'Epernay ;
Dunaud, d'Esternay ;
Evrard, d'Epernay ;
Jacquinot, d'Epernay ;
Godard, d'Epernay ;
Janin, de Vertus ;
Laydeker, d'Avize ;
Limasset, de Dormans ;
Moret, de Dormans ;
Mangin, d'Ablois ;
Pellot, d'Epernay ;
Péchadre, d'Epernay ;
Pierrot, de Damery ;
Soyeux, de Jalons-lez-Vignes ;
Verron, d'Epernay.

MM. Oudiné, de Barbonne, père et fils, et Leclerc, de Condé-en-Brie, avaient adhéré par lettres à la réunion.

L'Assemblée a voté la reconstitution immédiate du Syndicat et a procédé à la nomination de son bureau dont les membres, nommés au scrutin secret, sont :

D^rs Pellot, *président* ; Dunaud, *vice-président* ; Moret et Janin, *assesseurs* ; Evrard, *secrétaire-trésorier*.

Sur la proposition de son président, le Syndicat a voté des remerciements au docteur Langlet, député de la Marne, pour la manière remarquable dont il s'est fait, au Parlement, le défenseur des intérêts du corps médical, et a décidé que la Présidence d'honneur du Syndicat lui serait décernée.

Passant ensuite à l'examen des statuts, l'Assemblée les a adoptés dans la teneur suivante :

Syndicat médical de la Marne.

Fondé le 18 novembre 1883.

SECTION D'ÉPERNAY

Statuts revisés à l'assemblée du 12 avril 1891.

TITRE 1er

Fondation du Syndicat

ARTICLE PREMIER. — Les médecins soussignés se sont constitués, en date du 12 avril 1891, en Société civile, sous le nom de *Syndicat médical d'Epernay*.

ARTICLE 2. — Le *Syndicat* a pour but :

1° L'amélioration des rapports confraternels ;

2° La défense des intérêts professionnels, l'étude et la solution des questions qu'intéressent les relations du médecin :

1° Avec ses confrères ;

2° Avec ses clients ;

3° Avec les organisations sociales extérieures.

ARTICLE 3. — La durée de l'association est illimitée. Son siège est au domicile du Syndic-Président.

ARTICLE 4. — Tout membre nouveau devra être présenté par un confrère, et admis à la majorité au scrutin secret.

ARTICLE 5. — Sont compris dans cette association les médecins régulièrement diplômés, résidant dans l'arrondissement d'Epernay ou dans les localités circonvoisines, qui en font la demande et adhèrent au présent règlement.

Ils prennent, en signant le présent règlement, l'engagement d'honneur d'en observer fidèlement les différents articles et d'accepter les décisions prises en assemblée.

TITRE II

Administration, Fonctionnement.

ARTICLE 6. — Le *Syndicat* est administré par un Bureau composé d'un Président, d'un Vice-Président, de deux Assesseurs et d'un Secrétaire-Trésorier.

ARTICLE 7. — Les membres de ce Bureau sont nommés à la majorité absolue des membres présents, au scrutin secret, et par bulletin uninominal. Toutefois, les sociétaires empêchés de venir à la séance, devront prendre part au scrutin, conformément à l'article 12.

ARTICLE 8. — Les membres du Bureau sont nommés pour un an ; ils sont rééligibles.

ARTICLE 9. — Les réunions ont lieu tous les six mois, à Epernay.

ARTICLE 10. — Les convocations aux réunions sont faites huit jours à l'avance par les soins du Secrétaire-Trésorier : elles mentionneront l'ordre du jour et le lieu de la réunion.

ARTICLE 11. — L'assistance aux réunions est obligatoire pour tous les membres syndiqués.

ARTICLE 12. — Tout sociétaire qui ne peut assister à une réunion doit s'excuser par lettre, et donner à un confrère le pouvoir de le représenter et de prendre part en son nom, aux différents scrutins. Une dépêche adressée au dernier moment à des membres de l'Association, constitue suffisamment ce pouvoir.

ARTICLE 13. — Des réunions extraordinaires pour-

ront, dans les cas très graves, être provoquées par le Président. Les lettres de convocation devront en mentionner l'objet.

ARTICLE 14. — Tout sociétaire absent de la réunion doit à la caisse du *Syndicat*, à titre de soutien, la somme de trois francs s'il est excusé, la somme de six francs, s'il n'a pas donné d'excuse.

ARTICLE 15. — Le Président représente la Société en toutes circonstances : il peut demander l'adjonction des autres membres du Bureau, dans toutes ses relations extérieures.

ARTICLE 16. — Il est chargé de la direction des débats et du maintien de l'ordre dans les réunions. En cas d'absence ou d'empêchement, il est remplacé par le Vice-Président ou par le plus âgé des assesseurs.

ARTICLE 17. — Le Secrétaire est chargé de rédiger un compte rendu sommaire de chaque séance. Ce compte rendu est adressé au journal le *Concours médical* qui en fait parvenir des exemplaires aux membres du syndicat.

ARTICLE 18. — Le Secrétaire-Trésorier encaisse les fonds du *Syndicat*; il en solde les dépenses. Chaque année, à la réunion du premier trimestre, il rend compte de sa gestion et de l'état de la caisse.

ARTICLE 19. — Toute discussion étrangère au but de l'association est rigoureusement interdite.

ARTICLE 20. — Les conflits entre confrères syndiqués seront soumis, à la diligence des parties, à l'examen du Bureau qui interviendra dans la mesure qui lui paraîtra convenable. Si l'arbitrage du bureau est récusé par une des parties, l'affaire est déférée à la séance suivante devant le syndicat.

ARTICLE 21. — L'Assemblée pourra prononcer l'exclusion des membres indignes à la majorité, et au scrutin secret.

ARTICLE 22. — Les conflits entre médecins et clients, entre médecins et administrations ou collectivités quelconques, sont soumis aux décisions de l'assemblée du *Syndicat*, après examen, enquête et rapport du Bureau sur la demande du médecin intéressé.

ARTICLE 23. — L'assemblée décidera l'impression et la publication de tous documents qu'elle jugera nécessaires.

ARTICLE 24. — Des modifications au présent règlement pourront être faites en assemblée du *Syndicat*. La lettre de convocation devra en faire mention.

TITRE III

Fonds social

ARTICLE 25. — Le fonds social est constitué par :

1° Les dons volontaires ;

2° La cotisation annuelle de chacun de ses membres ;

3° Le produit des versements faits à titre de soutien, en vertu de l'art. 14 des présents statuts.

ARTICLE 26. — Le chiffre de la cotisation annuelle est fixé à 12 fr. Cette somme est recouvrable en séance ou par la poste.

ARTICLE 27. — Les fonds versés dans la caisse de la Société lui restent acquis, en cas de retraite volontaire ou forcée de ses membres. Par conséquent, chaque adhérent déclare faire l'abandon pur et simple de sa part du fonds social et renoncer, tant pour lui que pour ses ayants droits, à produire jamais de réclamation à cet égard.

ARTICLE 28. — L'assemblée vote, chaque année, l'emploi des fonds disponibles.

ARTICLE 29. — Le fonds social est destiné à couvrir les dépenses communes, les frais de bureau, d'impression, de correspondance, etc.

Considérant qu'il suffit au public de savoir l'existence du Syndicat pour que l'importance de chacun de ses membres se trouve individuellement décuplée, l'Assemblée a décidé que l'annonce de la réunion ainsi que la composition du bureau seraient notifiées aux journaux de la localité pour être publiées par eux.

Avant de se séparer, les médecins syndiqués ont désigné trois commissions chargées de s'occuper spécialement des principales questions pendantes :

1° Commission de l'Assistance aux indigents : MM. Chéruy, Dunand, Péchadre.

2° Commission de médecine légale : MM. Jacquinot, Pellot, Pierrot.

3° Commission des tarifs : MM. Laydcker, Moret, Verron.

La réunion avait été précédée d'un banquet confraternel et très cordial au buffet de la gare, auquel assistaient tous les adhérents.

Les adhésions suivantes ont été reçues depuis l'Assemblée :

MM. Couillaux et Damideaux, d'Epernay, Dupont, d'Avenay, et Mollins, de Fort-à-Binson.

Pour copie conforme:

Le secrétaire trésorier,

EVRARD.

Epernay, 2 juin 1891.

Association des médecins de la Vallée de la Meuse.

Présidence du Dr CARION.

La deuxième réunion réglementaire a eu lieu le 14 juin dernier : 19 membres y assistaient; ce sont :

MM. Toussaint, *président honoraire*. — Carion, *président*. — Hamaide, *vice-président*. — Renson, *secrétaire*. — Pillière, *trésorier*. — Séjournet, Gignac, *assesseurs*. — Am. Stein. — Chatelin. — Desplous. — D'Hôtel. — de Fisson. — Hamaide (Jules). — Maillard. — Maquart. — Provenaz. — Pitoux. — Rousseau. — Trévelot.

Lecture a été faite de deux rapports : l'un relatif à la convention franco-belge dont je vous envoie un exemplaire ; l'autre ayant pour objet l'assistance publique dans les campagnes. Ce projet sera présenté à la réunion de l'Association générale des médecins des Ardennes et soumis à son approbation. Je vous l'enverrai alors.

Il a été décidé en outre :

1° Qu'une note serait immédiatement envoyée aux agents d'assurances pour les avertir des dispositions prises à l'égard des Compagnies, (cette note a été envoyée) ;

2° Qu'aucun traité nouveau ne serait valable devant le syndicat à partir de ce jour (14 juin).

(Dorénavant les membres du syndicat ne devront faire directement aucun traité. Le bureau se substituera à eux. Quand des offres seront faites à un confrère, celui-ci devra en référer de suite au président, c'est du reste la lettre des statuts.)

3° Que les certificats d'assurances-vie seraient payés 20 fr.

4° Que les abonnements avec les particuliers seraient abolis à partir du 1er janvier 1892.

Lettre adressée aux agents d'assurances :

Monsieur,

« Nous avons l'honneur de porter à votre connaissance les décisions prises à notre réunion générale du 10 mai 1891 concernant les certificats d'assurances-vie :

1° Tout certificat d'assurance sur la vie sera payé 20 fr.

2° Les déplacements seront payés à raison de 1 fr. par kilomètre en plus.

Ci-joint les dispositions adoptées pour les compagnies d'assurances-accidents. »

Veuillez agréer, etc.

Syndicat médical de la Vallée de la Meuse.

Tarif d'honoraires pour les Compagnies d'assurances-accidents.

Rapports des Médecins avec les Compagnies d'assurances-accidents.

Art. I et II des Statuts

Art. I. — Quand la Compagnie d'assurances ne demandera au médecin que de constater l'existence et la guérison des blessures survenues à ses assurés, sans s'occuper des soins, le prix de chaque sinistre constaté sera de 6 francs aux conditions suivantes :

1° Si les assurés travaillent dans une usine, la Compagnie devra faire afficher dans cette usine qu'elle ne prend pas les soins médicaux à sa charge en cas d'accidents, à moins cependant que l'industriel n'ait un traité avec un médecin.

3° Si les assurés travaillent séparément, l'article de la police où il est stipulé que les soins médicaux ne sont pas payés par la Compagnie devra être clair et souligné.

Art. II.— Dans le cas où une Compagnie d'assurances voudrait se substituer à un industriel pour les soins à donner aux ouvriers blessés, le médecin devra demander au moins 8 francs par sinistre constaté et soigné, étant bien entendu que les opérations et les consultations de un ou plusieurs confrères seront payées à part. De plus, après la dixième visite, si le sinistré n'est pas guéri, il faudra exiger le prix intégral de chaque visite ultérieure, soit 2 francs dans la résidence du médecin et 1 franc par kilomètre en plus en dehors de la résidence.

Tarif des Accidents importants.

Luxations : Epaule, coude, pouce, 30 fr.— Hanche, 60 fr.

Fractures simples c'est-à-dire sans plaies : Doigts, 10 fr. — Radius, peroné, clavicule, bras, avant-bras, 30 fr.— Jambe, 60 fr.— Cuisse, 80 fr.

Amputations : Doigt, 10 fr. — Bras, 30 fr. — Jambe, 70 fr. — Cuisse, 100 fr.

Autres opérations : Selon le tarif général 3e catégorie, diminué de 25 %.

Grandes plaies : Par pansement ordinaire, 3 fr. — Par grand pansement, 5 fr.

Observations

1° L'anesthésie sera payée à part à raison de 20 francs ;

2° Les Confrères appelés pour une opération recevront chacun les mêmes honoraires que le médecin opérateur ;

3° Les consultations et les déplacements seront payés à part :

Consultations par médecin............. 10 fr.
Déplacements par kil. aller et retour.... 1 »

4° Les visites simples ne seront payées qu'après la deuxième ;

5° Quand une Compagnie trouvera une note d'honoraires exagérée soit pour une opération, soit pour le nombre de visites ou de pansements, elle pourra s'adresser au Président du Syndicat. Le Président soumettra le cas au Bureau qui jugera. La Compagnie pourra ensuite demander l'avis d'une Assemblée générale où elle se fera représenter comme bon lui semblera. Dans ce cas tous les adhérents au Syndicat seront tenus d'assister à la réunion sous peine d'une amende de 10 francs, à moins d'excuses valables.

Tous les Membres du Syndicat s'engagent d'honneur à suivre les présents tarif et règlement, adoptés à l'unanimité à l'assemblée générale du 10 Mai 1891.

Exposé des motifs en faveur de la revision de la Convention franco-belge au sujet de la Médecine des frontières.

Monsieur le Ministre,

Nous avons l'honneur d'appeler votre bienveillante attention sur la situation faite aux médecins et aux populations des frontières par les conventions consenties avec les gouvernements étrangers relativement à l'exercice de la médecine dans les pays limitrophes.

A la frontière franco-belge en particulier, la convention du 12 janvier 1881, signée par M. Barthélemy-Saint-Hilaire, alors ministre des affaires étrangères, fait un tort considérable à nos nationaux.

A première vue cette convention paraît équitable, puisqu'elle nous assure la réciprocité de ses dispositions ; mais tout médecin qui habite la frontière a bien vite appris à ses dépens combien cette réciprocité est illusoire ; les Français appellent les médecins étrangers, jamais les étrangers n'appellent les médecins français, et il répugne à notre caractère national de faire, comme nos voisins, des incursions quelquefois très longues sur le territoire d'à côté sans y être appelés correctement. Nous pensons généralement que s'il est une profession où la dignité et la tenue sont de rigueur, autant que le dévouement, c'est la nôtre, les malades n'ont qu'à y gagner, ces qualités les garantissant contre toute exploitation odieuse.

Bien plus, nous voyons des industriels, des municipalités, des sociétés de secours mutuels, assez dénués du sentiment de solidarité qui devrait animer tous les Français pour confier à des médecins belges le service médical de leurs ouvriers, de leurs administrés et de leurs membres, tandis qu'il y a, à leur proximité, des médecins français jeunes, instruits et ne demandant qu'à occuper leur activité. De tels faits se passent aux environs de Longwy et de Givet.

Que si on allègue le taux moins élevé des honoraires nous répondrons que les honoraires sont en général pour chaque région en rapport avec les nécessités de la vie et que nos charges sociales sont incomparablement supérieures à celles de nos voisins ; leurs études sont moins longues et moins coûteuses ; ils n'ont ni impôts excessifs, ni service militaire ; ils ne s'occupent dans notre pays ni de la médecine des pauvres, ni des corvées médico-légales ; ils viennent chez nous, nous n'allons pas chez eux, en un mot, ils cueillent les roses dont ils nous laissent les épines, et cependant il serait de toute justice que les avantages d'un pays soient pour ceux qui en ont les inconvénients.

Mais nous ajouterons qu'il n'est pas prouvé que les honoraires de nos voisins soient moins élevés que les nôtres, car ils ont la malicieuse habitude de les confondre avec le prix des drogues dont la convention leur autorise l'importation.

A ce sujet, Monsieur le Ministre, nous vous ferons remarquer que nous n'avons pas la réciprocité.

Ainsi un médecin français ayant un pharmacien dans sa résidence ne peut fournir des médi-

caments à ses clients, dans une localité voisine où il n'y a pas d'officine, et cependant, dans cette même localité, un médecin belge y est autorisé.

Cette convention est-elle au moins profitable aux populations ? C'est le contraire qui arrive. Dans notre contrée il y a des municipalités qui, pour avoir un médecin à demeure, s'imposent de sérieux sacrifices, et cependant elles ne peuvent en conserver à cause de la concurrence belge et ce au détriment des habitants et des communes voisines.

Il y a un autre côté de la question qui ne nous regarde pas, il est vrai, mais intéressant cependant à signaler ; c'est le rôle politique que nos voisins prétendent quelquefois jouer sur notre territoire. Un article du *Progrès du Nord* pourra vous édifier sur ce point. Cet article est joint au dossier adressé à Monsieur le Ministre des affaires étrangères en même temps que le vœu des médecins des frontières.

Pour toutes ces raisons, Monsieur le Ministre, les médecins de la Vallée de la Meuse et de l'arrondissement de Sedan, ainsi que ceux des environs de Longwy et de Maubeuge, ont jugé qu'il était urgent de soumettre leurs doléances à votre sollicitude. Ils vous demandent de bien vouloir dénoncer la convention précitée et de la modifier dans le sens du vœu qu'ils ont adopté à l'unanimité et vous prient, Monsieur le Ministre, d'agréer l'expression collective de leurs sentiments respectueux.

Pour les médecins de la Vallée de la Meuse, de l'arrondissement de Sedan et des environs de Longwy et de Maubeuge, au nombre de cinquante-quatre.

Le secrétaire de l'Association syndicale des médecins de la Vallée de la Meuse,

Dr Renson.

REPORTAGE MÉDICAL

Voici la question que, sur la demande de la commission sénatoriale, le gouvernement va adresser aux Conseils généraux :

1° Y a-t-il intérêt pour les populations de la campagne à maintenir l'existence de l'officiat de santé tel qu'il existe en ce moment ?

2° Si dans l'avenir le recrutement des officiers de santé était suppprimé, le service médical serait-il assuré dans les campagnes ?

Les questions ainsi posées seront certainement résolues dans le sens du maintien de l'officiat.

Il n'en eût pas été de même si le gouvernement avait dit : La Chambre des députés a décidé : 1° que les malades étant tous les mêmes devant la maladie, il fallait leur assurer les soins de médecins de même titre ; 2° que les droits des officiers de santé actuels sont sauvegardés et étendus ; 3° que les frais d'études sont diminués et que les facilités de passer les examens de doctorat en province sont accrues. Qu'en conséquence la création de nouveaux officiers de santé est une inutilité.

Les conseils généraux se seraient ralliés à cette opinion.

SOUSCRIPTION CHEVANDIER

3e *liste* (*suite*).

MM. les docteurs de Font-Réault, à Saint-Junien (Haute-Vienne). — Cesbron, à Marines (Seine-et-Oise). — Cassan, à Nîmes (Gard). — Bousquet, à Valbonne. — L.-J. Rousseau, à Laon (Aisne).

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

MM. les Docteurs Favard, du Péage de Roussillon (Isère), présenté par M. le Directeur ; — de Langenhagen, à Motte-les-Bains (Isère), présenté par le Dr Bergeret, de Motte d'Aveillans.

BIBLIOGRAPHIE

L'Hygiène des Riches, par le docteur E. Monin, secrétaire de la Société française d'hygiène, chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'Instruction publique.

Voici un ouvrage où le tact du praticien prudent et expérimenté se trouve heureusement uni à l'élégance littéraire de l'écrivain et de l'érudit. En l'intitulant *Hygiène des Riches*, le docteur Monin a voulu faire comprendre comment un grand nombre de nos maladies (la goutte, le diabète, l'obésité, la gravelle, l'albuminurie, l'eczéma, etc , etc., *entre autres*) dérivent d'un *excès de recettes* sur les dépenses organiques, excès que les pauvres n'ont, habituellement, pas les moyens de se procurer ! Le savant praticien hygiéniste nous indique, ensuite, comment nous devons faire pour rectifier notre régime défectueux ; seule méthode logique et normale pour prévenir et guérir les *diathèses* et les *maladies du sang*, — qui paraissent augmenter de fréquence avec la civilisation elle-même.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'École de Médecine
4, rue Antoine-Dubois, 4

Libraire-éditeur du « **Concours médical** », la Société se charge de prendre tous les abonnements pour le compte de ses clients, de donner gracieusement tous renseignements sur devis d'impressions, ouvrages, etc. De plus, tous les genres d'ouvrages anciens ou nouveaux, médecine, science, littérature, voyages, etc., seront fournis aux membres du Concours médical avec une réduction de 20 % sur les prix marqués, frais de port et recouvrement, s'il y a lieu, à la charge du destinataire.

La *Société d'Editions scientifiques*, établie sur les bases de la **Mutualité** a pour principe de partager par moitié, entre les Amateurs et elle, *tout bénéfice* résultant de la vente des ouvrages.

Viennent de paraître.

De la prophylaxie des abcès du sein pendant la grossesse et l'allaitement, par le Dr Henri Pingat, lauréat de la Faculté de médecine, in-8° de 100 pages environ. Prix : 4 francs. Extrait de la table des matières : Des abcès du sein, étiologie et pathogénie, prophylaxie pendant la grossesse, soins pendant les premiers mois de l'allaitement, méthode de M. le professeur Tarnier ; traitements des crevasses et des lymphangites, prophylaxie pendant le cours de l'allaitement ; prophylaxie à la fin de l'allaitement ou quand la femme ne nourrit pas ; observations.

Les Loisirs du père Labêche, plantes et bêtes, par Eugène Noël, bibliothécaire de la ville de Rouen, in-18 de 500 pages. Prix : 4 francs.

Nos confrères seront surpris du nombre d'observations nouvelles qu'ils peuvent faire dans leur propre jardin quand le *père Labêche* leur aura enseigné la méthode et le sujet des observations. Tout dans ce charmant volume est inédit.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Treizième année N° 29 18 Juillet 1891

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Influence des vins sur la digestion pepsique.

Un point particulier mérite certainement d'attirer l'attention des hygiénistes ; c'est ce qui a trait à l'influence de l'alcool sur la digestion stomacale. On sait que Vulpian avait démontré que l'alcool entrave l'action du ferment pepsique et qu'il en avait conclu qu'il ne fallait pas employer en thérapeutique les solutions alcooliques de pepsine. *M. Hugonnenc* vient de faire des recherches du même ordre et d'étudier l'influence des vins sur la digestion pepsique. Voici les conclusions que M. Hugonnenc vient de publier dans le *Lyon médical* :

1° Tous les vins sans exception gênent l'action de la pepsine ; les plus chargés en alcool, crème de tartre et couleur, sont les plus nuisibles ;

2° Parmi les éléments du vin naturel, les matières colorantes agissent, de concert avec la crème de tartre et l'alcool, pour ralentir ou arrêter la digestion pepsique ;

3° L'acidité des vins normaux est impuissante à provoquer l'action de la pepsine : dans la plupart des cas, elle ne paraît pas l'aider.

4° Parmi les matières colorantes introduites frauduleusement dans les vins, le bleu de méthylène, l'azoflavine, le bleu solide et surtout la fuchsine entravent la digestion pepsique.

Les colorants végétaux, mauve noire, sureau, maki, exercent, comme l'œnoline, une action nuisible ;

5° En supprimant une partie de la crème de tartre, le plâtrage enlève au vin naturel un élément qui ralentit l'action de la pepsine *in vitro*. La digestion est plus rapide avec les vins plâtrés qu'en présence des vins naturels. Cet avantage ne saurait être un argument décisif pour apprécier les effets du vin plâtré sur l'organisme.

Danger du lait provenant des vaches nourries avec des feuilles d'artichaut.

Entre autres éléments la feuille d'artichaut contient un principe, la *cinarine*, qui n'est rien autre chose qu'un alcaloïde, que les chimistes sont parvenus à déterminer rigoureusement et dont les physiologistes ont reconnu et expérimenté les effets. Un travail de M. le Dr Pauthier (de Senlis) est une véritable note d'hygiène professionnelle, où ce praticien signale un réel danger, qu'il est de toute nécessité de marquer à l'attention de tous les jardiniers, éleveurs et agriculteurs en général.

L'auteur expose, dans ce travail, le danger que présente pour les enfants l'usage du lait provenant de vaches nourries avec des feuilles d'artichaut. Il semble prouvé aujourd'hui que la cinarine, qui est, nous l'avons dit, le principe actif de ces feuilles, donne aux enfants de la diarrhée et des vomissements. Toute ingestion de lait provenant d'animaux soumis à cette alimentation est suivie presque immédiatement des accidents que nous venons de marquer et dont le caractère va en s'aggravant si l'allaitement de l'enfant avec ce lait est poursuivi.

La constatation de ces faits expliquerait peut-être l'origine de quelques-unes de ces diarrhées subites et rebelles que tout praticien exerçant à la campagne a pu constater.

Quoi qu'il en soit, M. Leblanc estime qu'en présence des propriétés dangereuses de ces feuilles, qui par elles-mêmes constituent, du reste, un fourrage médiocre, il est nécessaire de signaler ce danger à l'attention du public et des agriculteurs, afin d'éviter le retour de semblables accidents. (*Nouveaux Remèdes.*)

Etude sur la broncho-pneumonie (anatomie pathologique, bactériologie, prophylaxie).

M. Ernest Mosny a repris, dans une thèse remarquée, cette question si importante. La bron-

cho-pneumonie est l'inflammation aiguë spécifique des bronches et des lobules qui en dépendent.

Son début constant par la bronchite capillaire explique la répartition strictement lobulaire des lésions du parenchyme qui résultent de l'extension de la bronchiolite aux lobules. Le caractère essentiel de la bronchite est de siéger uniquement sur les petites bronches sus et extra-lobulaires.

Les lésions du parenchyme sont caractérisées par :

1° L'irrégularité de la dissémination des lésions inflammatoires qui envahissent isolément les lobules ;

2° Le défaut de simultanéité de leur évolution dans un même poumon, et la présence constante de lobules simplement splénisés à côté d'autres hépatisés ou même abcédés.

Ces lésions, d'après leur répartition topographique, affectent deux types distincts :

1° Un type lobulaire qui constitue la broncho-pneumonie franche, et auquel seul doit s'appliquer la description anatomique qui précède ;

2° Un type pseudo-lobaire qu'on doit complètement séparer de la broncho-pneumonie pour le rapprocher de la pneumonie franche. — Bien que ces lésions n'évoluent pas simultanément dans les divers lobules, leur disposition massive sans interposition de lobules sains entre les parties lésées suffit à permettre ce rapprochement et à séparer complètement ce type de la broncho-pneumonie. On doit donc le considérer comme une forme de pneumonie franche spéciale à l'enfant, comme un type pseudo-lobulaire de la pneumonie.

La bactériologie, d'accord avec l'anatomie pathologique, nous démontre l'origine différente de ces deux types :

1° Le type lobulaire dû à l'action du streptocoque pyogène ;

2° Le type pseudo-lobulaire dû, comme la pneumonie franche, à l'action du pneumocoque lancéolé de Talamon-Frænkel.

L'auteur n'insiste pas sur le type pseudo-lobulaire qui n'est, en réalité, qu'une forme de pneumonie franche spéciale à l'enfant, et qui, comme la pneumonie de l'adulte, est plus souvent primitif que secondaire.

Contrairement à ce type, le type lobulaire franc, qui seul constitue la véritable broncho-pneumonie, est plus souvent secondaire que primitif. Il survient alors, à titre de complication, à la suite d'affections variées, la rougeole, la diphthérie principalement, ce qui explique sa présence plus grande chez l'enfant que chez l'adulte.

Sa gravité presque égale, quel que soit l'âge auquel elle survient, doit être attribuée en général :

1° Chez l'adulte, à la généralisation rapide de l'infection pulmonaire ;

2° Chez l'enfant, à la présence constante de lésions mécaniques, accessoires, fort étendues, l'atélectasie et l'emphysème qui rétrécissent énormément le champ de l'hématose et déterminent la mort par asphyxie.

La broncho-pneumonie est contagieuse, épidémique et endémique dans les hôpitaux d'enfants, et spécialement dans les salles d'isolement des maladies qui s'en compliquent d'habitude (rougeole et diphthérie). L'isolement de ces affections, tel qu'il est actuellement pratiqué, favorise, par conséquent, la propagation de la broncho-pneumonie et même en accroît la gravité.

On doit donc, pour sa prophylaxie, recourir à l'isolement des maladies infectieuses qui se compliquent fréquemment de broncho-pneumonie, et pratiquer l'antisepsie rigoureuse des salles d'isolement, des objets qui servent au malade, et du malade lui-même.

FEUILLETON

Les médecins au Louvre.

Chaque printemps, à l'exposition des Beaux-arts, au palais de l'industrie, nous avons l'occasion d'admirer (!) les portraits d'un grand nombre de nos confrères. — J'ai même entendu récemment un assez joli mot, au sujet d'un spécialiste bien connu, qui, au dernier salon, était représenté trois fois, sous les espèces du marbre, du bronze et de la peinture, — modeste hommage sans doute de clients reconnaissants : — Est-ce sa femme, demanda quelqu'un, fort au courant de l'intimité plus que restreinte du ménage, qui sollicite cette débauche de reproductions ?

Oh ! non, reprit finement son interlocuteur, si elle avait le choix, elle le ferait plutôt mettre... en terre !

Nous sommes véritablement débordés par la vanité de tous les parvenus, qui, à un titre quelconque, se croient obligés de transmettre leur facies à la postérité. Depuis quelques années surtout, le quart peut-être des tableaux est consacré à faire revivre la laideur et les prétentions d'une foule d'épiciers et de marchandes à la toilette. On dirait qu'ils tiennent à prouver que nous descendons réellement du singe.

Les médecins ont sacrifié comme les autres à cette mode prétentieuse et cela m'a donné l'idée de tenter une sorte d'opposition, de rechercher combien de leurs aînés avaient trouvé une place au musée du Louvre. Leur nombre est infiniment petit, et, à moins d'oubli de ma part, je n'ai pu relever que les œuvres suivantes :

Dans le tableau de *Vénus versant le dictame sur la blessure d'Enée*, de Romanelli (n° 355 du catalogue des écoles d'Italie), Enée est assis, appuyé sur sa lance et secouru par le médecin Japis, agenouillé devant lui. — Vénus, une bien agréable infirmière, reçoit de deux amours le dictame qu'elle va répandre sur la blessure de son fils.

Le même sujet a été traité par Perrin (n° 407) : le médecin Japis reçoit de Vénus même le dictame destiné à panser les plaies du guerrier.

....

Tout le monde connaît le tableau de *La femme hydropique*, de l'école Hollandaise (n° 121) : Dans une vaste salle cintrée, que laisse apercevoir un grand rideau de tapisserie soulevé, une femme âgée, les yeux levés vers le ciel, est assise dans un fauteuil, devant une large fenêtre. Sa fille, en larmes, est à ses genoux et lui tient la main, tandis qu'une servante offre à la malade une cuillerée de potion. Le médecin, debout, considère avec attention le contenu d'une fiole, qu'il expose au jour.

....

Paralysie par coup de foudre.

Dans les paralysies consécutives à des coups de foudre, il faut distinguer les paralysies directes quand il s'agit d'une lésion de l'appareil nerveux ou moteur, et les paralysies indirectes quand la lésion siège sur une autre partie du corps.

Le cas suivant peut servir d'exemple de paralysie indirecte :

Un tailleur, de 62 ans, est frappé d'un coup de foudre le 8 juin 1887. Il tombe par terre et reste sans connaissance pendant deux heures. Quand il revient à lui, on constate une hémiplégie droite complète avec aphasie. Au bout de quelques semaines la parole revient, et lorsque le malade se présente à la clinique un mois plus tard, on trouve les phénomènes suivants : hémi-parésie droite typique avec contraction légère des muscles du bras droit et de la jambe droite, parésie du facial droit au niveau de ses deux branches inférieures, exagération des réflexes tendineux du côté droit ; la sensibilité était normale, la parole nette, mais avec un peu de bégaiement ; athérome marqué des artères. Il s'agissait certainement d'une hémorrhagie au niveau de la capsule interne, et la paralysie était indirecte, consécutive à l'hémorrhagie cérébrale.

Il existe dans la littérature un certain nombre d'observations de paralysies directes par coup de foudre, publiées par Nothnagel, Demme, Gibier et Savigny, Charcot. Dans ces cas une paralysie sensitive et motrice d'origine périphérique survient soit immédiatement après l'accident, soit au bout d'un certain temps. Ces paralysies tardives revêtent ordinairement la forme de paralysies hystériques.

Voici un cas de ce genre observé à la clinique du professeur Pribram.

Un garde-voie du chemin de fer, surpris par un orage, a éprouvé, au moment où il tournait avec la main droite le bouton de la porte pour entrer chez lui, une douleur violente dans les deux épaules. En même temps, il s'aperçoit que la face dorsale de sa main droite s'est couverte d'un enduit pulvérulent noirâtre, au milieu duquel on pouvait distinguer un grand nombre de vésicules ; les mouvements restèrent intacts ; seulement il percevait dans cette main une sensation de brûlure. Par contre, la main gauche, qu'il se rappelait avoir gardée pendant l'accident dans la poche de sa veste, est devenue paralysée et insensible. La sensibilité revint au bout de trois jours dans la main gauche, mais la paralysie persista ; plus tard, survinrent des paresthésies dans les orteils et, au bout de quelque temps, dans les pieds. Au bout de trois mois : anesthésie des pieds et des mollets et faiblesse dans la main droite. A l'examen du malade, fait le 30 août 1889, c'est-à-dire quatre mois après l'accident, on trouva : effacement du pli naso-labial gauche, diminution de la sensibilité, parésie fonctionnelle sans atrophie des muscles de la main droite, excitabilité électrique normale. Au niveau des pieds, on trouvait une anesthésie complète, sauf pour la perception des variations thermiques, une coloration livide des téguments, avec hyperhydrose très marquée, une hypothermie très prononcée des parties anesthésiées. Sur le tronc et les membres, il n'existait pas de troubles moteurs ni sensitifs.

Dans ces cas, la foudre a provoqué une paralysie directe de la main gauche ; les autres phénomènes présentés par le malade, plus tard, rentrent dans la catégorie des paralysies indirectes.

Une série d'expériences sur des animaux sur lesquels on faisait agir des courants induits a montré : 1° que la décharge agit plus efficacement sur le muscle que sur les nerfs périphéri-

---

Le n° 128, du même auteur, Dov ou Dou Gérard, de Leyde, représente un médecin occupé à arracher une dent à un paysan assis dans un fauteuil. Sur le devant, à terre, un panier avec des œufs, les honoraires sans doute, un chapeau de paille et un bâton.

....

C'est également un médecin que *Metsu* a voulu représenter dans *le Chimiste* (n° 295). Assis derrière une fenêtre, il tient sur ses genoux un livre ouvert. Sur l'appui de cette fenêtre sont posés une écritoire, un mortier de bronze et un pot de faïence. — Une affiche encadrée où l'on voit un homme montrant une fiole, est suspendue à gauche en dehors de la fenêtre, dont la partie supérieure est garnie de lierre. — Rien n'y manque, pas même la petite réclame, destinée à allécher le passant. C'était simple et primitif. Il est vrai qu'à cette époque, on n'avait pas à sa disposition la presse scientifique et politique, pour faire savoir, *urbi* et *orbi*, qu'on avait découvert de nouveaux microbes et le moyen de les terrasser.

....

Dans les *œuvres de miséricorde* de David Teniers, le jeune, (n° 513), au nombre de sept, en dehors d'une foule d'autres personnages, vieillard distribuant du pain à des indigents, villageois invitant deux pèlerins à entrer dans sa maison, etc..., on voit dans une chambre, par deux fenêtres ouvertes, un malade soigné par un médecin et une autre personne.

....

Dans le *Radeau de la Méduse*, de Géricault (n° 242), M. Corréard, le bras étendu, indique au chirurgien Savigny, debout, adossé au mât, et aux matelots placés près de lui, le brick l'*Argus*, qui paraît à l'horizon.

....

Le général en chef, Bonaparte, visitant les pestiférés de Jaffa (par le baron Gros, n° 274) est suivi des généraux Berthier et Bessières, de l'ordonnateur en chef Daure et du médecin en chef Desgenette, qui touche sans crainte les tumeurs pestilentielles d'un matelot debout, à moitié nu. —A droite, un soldat entièrement nu, soutenu par un jeune arabe, est pansé par un médecin turc agenouillé. Tout à fait au premier plan, un malade succombe sur les genoux de Masclet, jeune chirurgien français, ami intime de Gros, qui expire lui-même atteint par la contagion.

....

Le même peintre a représenté Napoléon visitant le champ de bataille d'Eylau (9 fév. 1807), avant de passer la revue des troupes. — Sur la gauche, en se rapprochant du premier plan, un jeune chasseur lithuanien est soutenu par un aide, et un chirurgien panse le genou du blessé, sous la direction du chirurgien en chef Percy. D'autres chirurgiens français vont chercher les ennemis

ques ; 2° que la décharge, en frappant le système nerveux central, peut provoquer des paralysies d'origine centrale.

Les autres phénomènes présentés par le malade (troubles nerveux et sensitifs) se rapprochent de ceux de névrose traumatique (Oppenheim) ou d'hystérie traumatique (Charcot), et l'on peut supposer que, dans ces cas, l'état psychique du malade joue un rôle très marqué. (*Limbeck. Société des médecins de France.*)

MÉDECINE PRATIQUE

Du coma diabétique

I

Au cours du diabète surviennent assez fréquemment des accidents nerveux spéciaux, auxquels leur marche aiguë et presque foudroyante, leur terminaison presque constamment fatale et une certaine ressemblance dans la période terminale, malgré d'assez nombreuses différences dans les symptômes et la marche, donnent un air de parenté : aussi les observateurs ont-ils à peu près tous accepté pour les désigner le nom de *coma diabétique* : on appelle également ce syndrome *coma acétonémique*, expression qui a l'inconvénient de paraître trancher la question pathogénique encore en suspens.

Sa fréquence est grande ; 153 diabétiques sur 250 observés par Frerichs sont morts par le coma. On l'a observé assez souvent chez des enfants et des jeunes gens (Leroux, Buhl), le plus souvent de 20 à 40 ans, en général dans la phase d'amaigrissement et de cachexie du diabète, mais quelquefois dans un diabète de fraîche date et même comme symptôme initial (Cyr).

On doit craindre l'apparition des accidents comateux quand chez un diabétique le volume de l'urine émise quotidiennement diminue notablement, sans que le poids du sucre excrété diminue.

Les causes occasionnelles sont des fatigues musculaires et nerveuses excessives, un incident pathologique exerçant une action dépressive sur le système nerveux (diarrhée, colique hépatique, opération de la cataracte, hernie étranglée), un régime alimentaire carné exclusif (Jœnicke, Rosenfeld), l'abus des opiacés (Taylor, Hilton-Fagge) ; Pavy incriminait même toute thérapeutique qui restreint la glycosurie dans le diabète grave, puisque, suivant lui, si la tuberculose est l'aboutissant naturel du diabète grave non traité, l'acétonémie met fin au diabète traité.

Il ne faut pas confondre avec le coma diabétique tous les phénomènes comateux qui peuvent survenir chez un diabétique par hémorrhagie cérébrale, pneumonie, néphrite, traumatisme.

Encore, parmi les accidents décrits sous le nom de coma diabétique, y a-t-il lieu de distinguer au moins deux groupes de faits ; les uns ressortissent à un *collapsus cardiaque* qui a été observé chez des individus dont le cœur était gras, — les autres portent le cachet d'une *auto-intoxication*, de quelque nature qu'on l'admette.

Le *collapsus diabétique* consiste en l'apparition subite d'une sensation d'extrême faiblesse qui oblige le malade à s'aliter, pâle, la voix éteinte, avec le pouls filiforme et les battements du cœur de moins en moins perceptibles, sans aucune paralysie et avec la conservation de l'intelligence et de la réaction pupillaire ; il y a abaissement thermique et accroissement continu de cet engourdissement général jusqu'à la mort, qui arrive au bout de 24 ou 48 heures. On ne note dans cet état ni dypsnée, ni odeur acétonique de l'haleine, ni odeur semblable des urines. C'est la défaillance du cœur qui constitue le pivot des autres acci-

---

blessés, pansent leurs plaies, tandis que des aides leur apportent des vivres et des secours.

En présence de ces deux chefs-d'œuvre, où le corps médical a sa part de glorification, on est fier d'appartenir à une profession qui inspire de pareils dévouements. On peut ajouter que le corps de santé d'aujourd'hui est digne de ses anciens ; il a fait ses preuves d'une façon assez retentissante mais non moins héroïque, en 1871, et depuis, en Tunisie, au Tonkin et ailleurs.

Dans tous les immenses désastres, dont on lit encore la description avec épouvante, lors de la peste de Jaffa, lors des cruelles épidémies de 1813 et de 1814, de la fièvre jaune de Barcelone en 1821, du choléra en 1832-1849, et jusqu'à nos jours, les annales de la médecine, comme l'histoire ellemême, ne racontent que dévouements sublimes et courages héroïques !

....

Portrait de Fagon, né en 1638, mort en 1718, premier médecin du roi Louis XIV (N° 306). — Il est représenté de face, la tête nue, les cheveux en désordre et portant la robe de médecin.

II

Qu'il me soit permis, sans aucune pensée irrévérencieuse, de rapprocher des ouvrages qui précèdent ceux dont l'énumération va suivre, et qui, malgré leur côté religieux, ont quelques rapports soit avec l'exercice de notre profession, soit avec l'idéal philanthropique, qui en constitue le point de départ. — Plusieurs de ces reproductions pourraient trouver et ont trouvé place dans divers cabinets de consultations, ou dans les salles de garde.

Ce sont :

1° *Le Bon Samaritain* de Van Everdingen (N° 160). Il tire d'un coffre une fiole, et, aidé de son serviteur, s'apprête à panser les plaies du voyageur blessé, étendu à terre et presque nu. — Evidemment, il avait des notions de thérapeutique et était habitué à soigner ses semblables, puisqu'il était muni de drogues.

Nous pouvons le revendiquer comme un ancêtre.

2° J'en dirai autant du *Samaritain*, de Rembrandt (N° 405), qui non seulement a fait transporter le voyageur blessé dans une hôtellerie ; mais qui, une bourse à la main, sur les marches du perron, le recommande à l'hôtesse que l'on voit sur la porte. — N'est-ce pas le cas du plus grand nombre des nôtres, qui ne se contentent pas de soigner pour rien les pauvres et les malheureux ; mais qui leur apportent des provisions et des secours matériels de toute espèce. — Beaucoup voudraient pouvoir faire comme Bouvard qui, après avoir prescrit inutilement diverses

dents, et l'autopsie a montré que le myocarde des diabétiques qui succombent ainsi est en état de dégénérescence graisseuse. Ce n'est guère que chez des diabétiques obèses, ayant dépassé la quarantaine, quo le collapsus s'observe (Dreshfeld).

Mais le véritable *coma diabétique ou acétonémique* revêt une apparence clinique toute différente ; car, outre les symptômes nerveux et le coma final, il y a une odeur et des modifications spéciales de l'urine, une odeur de l'haleine également caractéristique, de la dyspnée et des troubles gastro-intestinaux.

Les accidents évoluent généralement en deux périodes : une d'invasion, une d'état.

A la PÉRIODE D'INVASION se rattachent les quatre ordres de symptômes suivants :

Odeur de l'haleine aigrelette, vaguement chloroformique, *sui generis*, quelquefois perceptible seulement près du malade, d'autres fois se répandant à distance, odeur qui peut précéder d'un certain temps le début des accidents.

Odeur des urines analogue, mais moins constante. Urines généralement émises en quantité moindre, contenant moins de sucre que dans les jours précédents, souvent albumineuses, n'ayant pas subi de modifications au point de vue de l'urée, mais prenaut une coloration rouge vin de Porto par addition de quelques gouttes de perchlorure de fer (réaction de Gerhard).

Dyspnée très intense, croissante, avec un caractère spécial : l'inspiration est profonde, nécessitant une distension énergique de la cage thoracique par la mise en jeu de tous les muscles inspirateurs, suivie, après une courte pause en inspiration forcée, d'une expiration brève et gémissante ; puis, après une nouvelle pause, nouvelle inspiration violente ; il y a eu même temps de grands mouvements d'élévation et d'abaissement du larynx, et, chose remarquable, malgré cette gêne respiratoire qui impose tant d'efforts au malade comme assoiffé d'air, il n'est pas en orthopnée, il reste dans le décubitus dorsal. La respiration peut n'être pas accélérée (16 à 18 par minute), elle peut atteindre à 30, 40 et plus, elle devient généralement plus lente et irrégulière à l'approche de la fin. Cette dyspnée spéciale ne s'accompagne d'aucun signe stéthoscopique, elle n'est pas le résultat d'une hématose imparfaite par altération des hématies, le spectroscope le prouve. C'est une dyspnée nerveuse toxique, qui se rapproche de la dyspnée urémique surtout, mais dans cette dernière on voit souvent le rythme respiratoire de Cheyne Stokes.

Le pouls reste régulier, tout en s'accélérant un peu. La température peut s'élever très légèrement et très passagèrement, mais d'ordinaire elle s'abaisse au contraire d'une façon graduelle.

Il y a des *troubles gastro-intestinaux* constants : nausées, vomissements, diarrhée, douleurs, mais ils peuvent être peu marqués ou au contraire primer les troubles respiratoires. Les vomissements, dans certains cas, peuvent être incoercibles et la diarrhée revêtir le caractère cholériforme, éveillant l'idée d'une élimination de produits toxiques. La douleur peut être généralisée à tout l'abdomen, augmentée par la pression, accompagnée de météorisme et capable de faire songer à la péritonite, s'il y avait de la fièvre (*type péritonitique* de Jaccoud) ; elle peut être localisée à l'épigastre ou à l'hypochondre droit.

Les *troubles nerveux* consistent quelquefois en une courte période prémonitoire d'excitation, de gaieté exagérée, d'incohérence du langage ou d'agitation maniaque, mais toujours, à un moment donné, en une dépression profonde, une indifférence apathique, en une somnolence qui tourne rapidement au coma.

---

médications à un de ses clients, qui venait de perdre sa fortune, lui fit en dernier lieu une ordonnance qui fut suivie d'une prompte guérison : c'était un bon de quarante mille francs, à prendre dans la caisse du dit Bouvard, l'équivalent de ce que le pauvre diable avait perdu.

Une pareille générosité n'est pas permise à tout le monde ; mais il n'est pas un seul de nous qui n'ait eu parfois l'occasion de regretter de ne pouvoir imiter un aussi noble exemple.

3° *Le jeune Tobie rend la vue à son père*, par Van der Heyden (n° 200). Le jeune Tobie, tenant un plat de la main gauche, touche de la droite l'œil de son père. — Quel dommage qu'on ait perdu la recette du collyre bienfaisant, qui fit une si belle cure. — Il est vrai que ça aurait été la ruine pour les oculistes !

4° *Offrande à Esculape*, par Pierre Guérin (n° 278). Un vieillard convalescent, soutenu par ses deux fils, est conduit devant l'autel d'Esculape ; sa fille, à genoux devant lui, contemple le serpent qui se dresse au-dessus des fruits déposés sur l'autel.

5° *Le Serpent d'airain*, par Pierre Subleyras (n° 503). Moïse montre aux Israélites le Serpent d'airain, dont la vue doit guérir ceux que les reptiles envoyés par le Seigneur avaient mordus. Des hommes, des femmes, des enfants, debout ou couchés par terre, l'entourent et implorent leur guérison.

6° *La Charité*, d'Andréa del Sarto, charmant groupe naturel.

....

Comme on le voit, les médecins n'occupent qu'une bien petite place dans nos collections nationales. Ils se sont rattrapés dans les locaux qui sont consacrés à leurs réunions, comme dans la salle des thèses de la Faculté et à l'Académie de médecine. Les bustes et les portraits sont littéralement entassés les uns sur les autres ; un certain nombre ont une réelle valeur artistique ; mais il n'est probablement pas un seul de mes lecteurs qui n'ait eu l'occasion de les voir et c'est pour cela que j'ai renoncé à en faire la longue et fastidieuse énumération.

Je me contenterai d'appliquer au plus grand nombre ce qui fut dit, jadis, du buste de Ricord, par Henri Varnier. Il était constellé de plaques et de croix, une véritable voix lactée d'étoiles de toutes grandeurs : « Heureux homme, qui peut porter sur la poitrine tant de signes honorifiques, et qui pourrait en porter bien d'autres encore, sans qu'aucun d'eux ni tous ensemble soient supérieurs à son mérite !

Plus heureux encore, si l'on songe qu'il pourrait s'en passer, sans que sa réputation en fût le moins du monde diminuée. Son nom seul rayonne plus que tout et suffit ! »

Dr GRELLETY (de Vichy).

Les convulsions ont été observées chez des enfants par Leroux et Baginsky.

On a vu par exception la mort survenir dès cette première période, avant l'établissement du coma complet, par l'exagération même de la dyspnée (G. Sée) ou l'épuisement excessif (Potain).

La PÉRIODE D'ÉTAT, c'est le *coma* véritable, caractérisé par la perte de la connaissance, du mouvement, de la sensibilité.

Le diabétique est pâle, inerte dans le décubitus dorsal, les pupilles dilatées réagissant toutefois à la lumière, en résolution musculaire complète, les extrémités froides, avec une température abaissée souvent jusqu'à 35 degrés et quelquefois jusqu'à 32 degrés (Kussmaul), et la mort survient sans incident nouveau, presque insensiblement, dans un délai moyen de 36 heures, rarement moindre de 15 heures, exceptionnellement atteignant 4 jours.

Enfin on a décrit une forme beaucoup plus rare, où, sans dyspnée ni phénomènes abdominaux, les accidents débutent par la céphalalgie, le vertige, la sensation d'ivresse, la parole embarrassée et traînante et la titubation croissante, jusqu'à ce que le malade s'affaisse dans une somnolence à laquelle succède bientôt le coma final de la forme précédente. C'est la *forme vertigineuse* de Jaccoud. Dreschfeld l'appelle *forme alcoolique*, parce qu'il dit avoir trouvé dans les urines, en pareil cas, outre le sucre, une quantité notable d'alcool.

M. Lancereaux décrit, d'après le désordre fonctionnel prédominant, des formes musculaire, gastro-intestinale, dyspnéique, cardiaque et cérébrale ou comateuse (1).

M. Lecorché admet une forme d'acétonémie chronique : état prolongé d'accablement avec respiration pénible et suspirieuse, ventre douloureux et ballonné, odeur acétonique de l'haleine, — et une forme intermittente, où les symptômes précédents apparaissent et disparaissent à plusieurs reprises dans le cours du diabète pour aboutir un beau jour au coma définitif.

Les lésions anatomiques trouvées à l'autopsie des diabétiques morts dans le coma sont nombreuses, mais la plupart n'ont rien à voir avec la pathogénie de cet accident terminal. Elles ont été énumérées plus haut, à l'anatomie pathologique du diabète en général.

Il y a les lésions du système nerveux : anémie, congestion ou œdème, effets de la cause première du coma ; d'autres qui peuvent coexister (hémorrhagie, ramollissement, thromboses, méningite, accumulation de glycose dans la substance cérébrale) (Abeles).

Les lésions rénales sont très fréquentes : 32 fois sur 64 cas (Griesinger), 25 fois sur 27 (Dickinson), ce sont des lésions de mal de Bright ou les lésions spéciales dites d'Ebstein et d'Armanni-Ehrlich. Albertoni et Pisenti ont déterminé expérimentalement une néphrite acétonique.

La lésion du cœur, c'est la dégénérescence granulo-graisseuse qui ne donne que la clef du collapsus. L'état lipémique du sang avec embolies graisseuses des capillaires, constaté quelquefois, ne saurait expliquer non plus le coma. L'hyperglycémie des centres nerveux a paru une cause d'intoxication, tandis que leur déshydratation serait une cause très acceptable des troubles nerveux les plus graves ; aussi M. Bouchard insiste-t-il sur le danger qu'il y a à priver de boissons les diabétiques.

La pathogénie du coma diabétique a été et est encore l'objet de discussions très compliquées. Trois théories se sont succédé pour expliquer la nature de l'intoxication, qu'admettent à peu près tous les contemporains : elles ont cru trouver le corps du délit successivement dans l'acétone, dans l'acide acéto-acétique ou diacétique, dans l'acide oxybutyrique ou ses dérivés.

L'acétone, liquide incolore, d'odeur chloroformique, existe incontestablement dans l'urine de certains diabétiques ayant l'odeur chloroformique de l'haleine et de l'urine. Elle est formée dans l'organisme par la décomposition des substances albuminoïdes (Jaksch et Rosenfeld).

On la décèle par la réaction de Legal (1) : si, à l'urine diluée, on ajoute quelques gouttes d'une solution fraîche de nitro-prussiate de soude, puis une lessive de soude concentrée jusqu'à la réaction fortement alcaline, on voit apparaître une coloration pourpre qui passe bientôt au jaune ; si on verse alors deux ou trois gouttes d'acide acétique concentré, de manière à ce que l'eau ne se mêle pas au liquide, à la zone de contact apparaît une coloration qui est cramoisie ou pourpre foncé, suivant la proportion d'acétone, et tourne au brun-vert par le repos prolongé.

On peut encore employer, comme Romme (2), le réactif de Chautard (solution de fuchsine à 0 gr. 25 pour 500 grammes, sur laquelle a passé un courant de gaz sulfureux), dont quelques gouttes déterminent une coloration violette dans tout liquide contenant de l'acétone.

Mais la réaction de Gerhard, coloration rouge Bordeaux ou Porto par le perchlorure de fer, ne caractérise point l'acétone, comme on l'a souvent dit ; elle appartient à l'acide diacétique, corps voisin, mais aussi d'ailleurs à d'autres corps (composés cyaniques, acétates et formiates, acide salicylique, kaïrine, antipyrine, thalline, etc.).

La *théorie de l'acétonémie et de l'acétonurie*, basée sur des constatations de Brand, Petters (1857), Kaullich (1860), Rupstein (1874), Berti (1874), fut définitivement présentée par Kussmaul, puis vulgarisée par MM. Lecorché, Bourneville et Teinturier, Kien, Foster, défendue encore par Penzoldt et de Gennes.

Mais un revirement se fit ; cette théorie, rejetée par Leroux dès 1881, contestée par Dreyfous, fut battue fortement en brèche, en 1883, par Frerichs, puis successsivement par Albertoni, de Nobel, Jaksch, Dreschfeld, Lépine, S. West.

Les objections faites à l'acétonémie par ces divers chercheurs sont ainsi résumées par M. Jaccoud : 1° L'acétonurie n'est pas constante dans le coma diabétique ; 2° on peut l'observer chez des diabétiques non comateux ; 3° elle est fréquente en dehors du diabète (pyrexies, états pathologiques divers) ; 4° même administrée à haute dose, l'acétone ne produit pas d'effets toxiques chez l'homme, bien qu'elle en produise chez certains animaux.

Si on peut donc admettre avec Romme que l'acétone puisse, même chez l'homme, après avoir déterminé à la longue des lésions rénales, devenir une cause d'intoxication pour lui, il faut chercher une autre explication pathogénique pour les cas

(1) Cliniques de la Pitié : *Union médicale*, 1890.

(1) LEGAL, *Breslauer Arztliche Zeitschr.*, 1883.

(2) ROMME, Thèse de Paris, 1888.

de coma dans lesquels il n'y a pas d'acétone dans les urines, et où les reins sont sains.

La deuxième théorie, ou *théorie de la diacéturie*, incrimine un *acide acéto-acétique* ou *diacétique*, qui se décompose facilement en acétone, alcool et acide carbonique (Gerhard, Jaksch et Ceresole), ou en éther acétyl-acétique. Mais il ressort des expériences de J.-L. Prévost et Binet, de Brieger, que l'acide diacétique est peu toxique, et on peut objecter à la diacéturie caractérisée par la coloration rouge au contact du perchlorure : 1° qu'elle n'existe pas dans tous les cas de coma ; 2° qu'elle a été constatée en dehors du diabète dans les fièvres éruptives, typhoïde, la pneumonie, l'érysipèle, la tuberculose aiguë, la phthisie, la péri-typhlite, le cancer de l'estomac ; 3° qu'elle peut exister sans que l'on observe les signes spécifiques du coma diabétique ; 4° que l'acide acéto-acétique ne produit pas d'effets toxiques chez l'homme. — Une *opinion mixte*, défendue par Romme, est que l'acétone et l'acide diacétique peuvent coexister dans les urines : une partie de l'acide filtrerait à travers le rein, l'autre se décomposerait dans le sang par diminution de l'alcalinité de celui-ci, pour donner de l'acétone (dans un cas d'Ebstein, on a trouvé simultanément l'acétone dans l'air expiré et l'acide diacétique dans l'urine).

Enfin, la *théorie de l'intoxication acide* a surtout été discutée dans ces derniers temps. Elle a pour point de départ des recherches de Walter (1877), où se trouvent mis en lumière les faits suivants : l'introduction régulière d'un acide (phosphorique, salicylique ou chlorhydrique) dans l'organisme de certains animaux, fait diminuer l'acide carbonique contenu dans le sang à l'état de carbonates et de bicarbonates : le lapin succombe si on lui injecte plus de 0 gr. 70 à 0 gr. 80 centigrammes d'acide par kilogramme ; le chien, qui paraît avoir une certaine immunité contre les acides, la doit probablement à la propriété de neutraliser les acides par une sécrétion abondante d'ammoniaque, qui apparaît en grande quantité dans son urine quand on lui injecte de petites doses d'acide.

L'ammoniaque existe dans l'urine de l'homme à l'état physiologique, à la dose quotidienne de 0 gr. 60 (Heintz et Neubauer). Chez le diabétique, l'ammoniaque apparaît dans l'urine en quantité bien plus considérable (5 grammes, Hallerworden, Stadelman). Or, la quantité d'ammoniaque excrétée correspond à la quantité d'acide éliminé. Le premier acide trouvé dans les urines des diabétiques a été l'acide crotonique (Stadelman) ; mais c'est un produit de seconde formation, développé aux dépens de l'acide pseudo-oxybutyrique (Külz), homologue supérieur de l'acide lactique. L'*acide β.-oxybutyrique* donne naissance à l'acide crotonique par l'ébullition simple (Stadelman), par le chauffage avec l'acide sulfurique étendu (Külz, Minkowski, Deichmuller, Szymanski, Tollens). L'acide β.-oxybutyrique, qui a été trouvé non seulement dans l'urine, mais dans le sang (Hugounenc), peut, en s'oxydant, donner naissance à l'acide acéto-acétique, qui se décompose facilement à son tour en acétone et acide carbonique. La quantité d'acide β.-oxybutyrique fabriquée dans l'organisme de certains diabétiques a été évaluée à 90 grammes (Stadelman), 200 grammes (Külz). On a encore trouvé dans l'urine des diabétiques gravement atteints d'autres acides : formique, acétique, propionique, etc. La marche de l'intoxication acide serait la suivante : au début, l'acide en excès s'empare de l'ammoniaque pour former un sel neutre qui s'élimine par les urines. Mais si, à un moment donné, il n'y a plus assez d'ammoniaque pour saturer l'acide, celui-ci s'empare de la potasse et de la soude contenues dans les tissus, et la soustraction de ces bases, indispensables à l'organisme, est le signal des accidents.

« La diversité des opinions précédentes prouve, dit M. Lancereaux, que la condition pathogénique des accidents graves du diabète reste à déterminer ; il peut se faire que, dans le diabète grave, il se produise, à côté de l'acétone et de ses dérivés, des principes beaucoup plus toxiques, qui, à cause de leur faible quantité ou de leur nature, aient échappé aux analyses. Un seul point paraît indiscutable, c'est que ces accidents sont le résultat d'une auto-intoxication. »

M. Lancereaux croit encore que « le mot acétonémie peut être conservé sans inconvénient, à la condition de servir à désigner l'ensemble des complications survenant dans le cours du diabète et reconnaissant pour cause la rétention dans l'économie de produits toxiques, quels qu'ils soient, de même que le mot urémie n'indique pas un empoisonnement par l'urée, mais par toutes les substances excrémentitielles de l'urine que le rein n'élimine plus ».

Le traitement du coma diabétique comprend : 1° des mesures préventives : éviter les émotions trop vives et les fatigues excessives, se défier de la diète carnée et de toute alimentation trop exclusive, laisser boire les diabétiques à leur soif ; — 2° un traitement des accidents réalisés. M. Lancereaux le résumait en l'emploi des drastiques et des diurétiques pour combattre l'autointoxication complexe qu'il compare à l'urémie, les inhalations d'oxygène contre la dyspnée, les injections hypodermiques de caféine et d'éther pour lutter contre la paralysie cardiaque, les stimulations de la peau.

Depuis qu'on s'est beaucoup occupé de l'intoxication acide, Stadelman, en 1885, a préconisé l'emploi des alcalins à hautes doses en injections sous-cutanées et intra-veineuses. On a injecté des solutions de chlorure de sodium à 3 pour 100 contenant 20 à 30 pour 100 de bicarbonate de soude. M. Lépine a essayé plusieurs fois cette thérapeutique, il a injecté une fois jusqu'à 44 grammes de bicarbonate de soude. Hesse n'a pas obtenu un meilleur résultat. Dickinson a injecté un sérum contenant du chlorure de sodium, du chlorure de potassium artificiel, du sulfate, du phosphate et du bicarbonate de soude ; il n'a pas été plus heureux.

Minkowski, qui avait échoué dans deux cas, a cependant obtenu un succès. Il serait indispensable en tout cas de commencer ce traitement alcalin intensif dès le début des accidents prémonitoires.

P. Le Gendre,
Médecin des hôpitaux.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les Présidents des Sociétés de secours mutuels ont reçu la circulaire suivante : Elle est assez intéressante pour la publier.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

Société de secours mutuels. — Service pharmaceutique.

CIRCULAIRE MINISTÉRIELLE

Paris, le 15 avril 1891.

Monsieur le Président, mon attention a été appelée par plusieurs de vos collègues sur des abus auxquels donne lieu, dans certaines sociétés, l'allocation des médicaments aux membres participants malades. Des chiffres authentiques m'ont été produits et je crois utile à l'intérêt général des sociétés d'en citer quelques-uns pour prémunir contre un semblable danger les associations dans lesquelles une surveillance sévère ne serait pas exercée sur la délivrance des médicaments.

Dans deux sociétés parisiennes, notamment, les frais pharmaceutiques se sont élevés pour une année à 15 fr. 85 par membre participant, contre une cotisation moyenne de 26 fr. 50 et à 11 fr. 50 au regard d'une cotisation de 27 francs. Dans la première, chaque malade avait coûté en moyenne 61 francs ; dans la seconde, 48 francs de médicaments. Il serait superflu de multiplier les exemples et de démontrer l'impossibilité pour une société de vivre avec des charges aussi onéreuses.

Cette exagération de dépenses est heureusement exceptionnelle, mais néanmoins, dans une proportion moindre, les statistiques annuelles révèlent un accroissement continu dans la moyenne des frais de médicaments et le prochain rapport sur les opérations des sociétés de secours mutuels constatera, à cet égard, pour l'année 1888, le chiffre de moyennes le plus élevé qui se soit jamais rencontré. L'une de ces moyennes, au moins, celle qui est établie par tête de malade, est presque indépendante de la situation sanitaire, c'est-à-dire d'événements étrangers aux prévisions humaines ; elle concorde cependant avec les autres données statistiques pour prouver la majoration progressive de frais pharmaceutiques dans les sociétés. Elle permet de conclure à la possibilité d'améliorer les conditions du service de pharmacie.

Cette amélioration ne saurait être obtenue par une réglementation législative ou administrative. La matière échappe, par sa nature même, par la minutie de ses détails et la variété de ses applications, à l'indication de règles générales et précises. Cette difficulté ne doit pas arrêter les efforts de tous ceux qui s'intéressent à la mutualité et qui la pratiquent, elle doit plutôt stimuler leur zèle par l'importance du but désiré. Tous se rendent compte, en effet, de l'intérêt considérable que présente, pour les sociétés de secours mutuels, l'organisation rationnelle du service pharmaceutique. C'est le service qui peut le plus prêter aux abus, et qui a besoin de la plus rigoureuse surveillance. Les autres avantages promis par les sociétés à leurs membres sont fixes ou du moins déterminés par les statuts avec une approximation suffisante pour établir le budget annuel. Il ne peut en être ainsi de l'allocation des médicaments qui, n'étant pas susceptible d'évaluation préfixe, laisse une large place à l'imprévu et devient ainsi le facteur le plus important des résultats financiers de chaque exercice. A ce point de vue, il faut essayer de maintenir dans de justes limites les charges sociales en ce qui concerne la fourniture des médicaments. Ce résultat dépendra de la rédaction des statuts, des médecins, des administrateurs et des sociétaires.

Lorsque les statuts n'imposent pas un chiffre maximum de dépense annuelle par malade pour frais pharmaceutiques ou ne remplacent pas l'allocation en nature des médicaments par une augmentation proportionnelle de l'indemnité pécuniaire de maladie, il est nécessaire au moins qu'ils posent en principe que :

1° Les médicaments ne sont dus aux sociétaires que pour les maladies indiquées par les statuts comme donnant droit aux secours et pour la durée normale de ces maladies ;

2° Lorsque des médicaments différents de forme ou de substance ont la même efficacité, la préférence doit être donnée aux moins coûteux ;

3° La délivrance des remèdes dits de luxe et spécialités est interdite, sauf nécessité absolue.

Il ne faut pas se dissimuler que ces textes ou autres analogues ne vaudront que par l'application qu'en feront les médecins. Mais les membres du corps médical sont assez soucieux de leur honneur professionnel pour exécuter consciencieusement un engagement formel auxquel ils auront souscrit et qu'ils pourront invoquer pour résister aux sollicitations de leurs malades.

C'est donc surtout au choix des médecins que les sociétés doivent attacher le plus d'importance en cette matière. Tout d'abord, il convient que les médecins soient désignés par le bureau et non par l'Assemblée générale. Le bureau est le défenseur naturel des intérêts financiers de la société et, à ce titre, il doit conserver le droit d'autorité et de surveillance sur les agents les plus actifs des dépenses sociales.

D'autre part, le souci d'assurer leur élection ou leur réélection par les sociétaires placerait les médecins entre leurs intérêts et leur devoir dans leurs rapports avec les membres participants malades et porterait atteinte à leur indépendance.

Pour les mêmes raisons, il est désirable que les médecins ne soient pas nommés administrateurs. Ce titre leur est conféré le plus souvent en témoignage de reconnaissance pour les services rendus. Cet hommage, dont le motif est des plus respectables, a l'inconvénient de diminuer l'autorité des administrateurs vis-à-vis des médecins, et l'indépendance de ceux-ci à l'égard des sociétaires : il peut d'ailleurs être remplacé par toute autre manifestation de gratitude ou de respect, à laquelle je suis loin de m'opposer.

Cette observation s'applique avec plus de force aux pharmaciens qui ne sont que des fournisseurs dépendant des médecins et des administrateurs et ne doivent pas être investis d'une qualité qui les soustrairait à la libre action de ceux qui sont institués pour défendre contre eux les intérêts des sociétés.

Dans le traité avec les médecins, les administrateurs devront s'inspirer des principes exposés plus haut : ils s'attacheront, en outre, à éviter que les ordonnances de médicaments servent à contrôler le nombre de visites, afin de ne pas fournir aux médecins de prétexte à prescrire les médicaments ou à diviser les préparations pharmaceutiques sans nécessité.

Quant au rôle personnel des administrateurs des sociétés dans la surveillance du service pharmaceutique, il doit exercer une influence considérable. L'expérience leur a certainement démon-

tré l'extrême importance d'un contrôle minutieux et d'une économie sévère. Pour remplir ce devoir, ils s'inspireront des circonstances, de la connaissance qu'ils auront acquise de tous les éléments de ce service. Leur tâche la plus considérable sera la vérification périodique des mémoires des pharmaciens, comparés avec les ordonnances des médecins ; elle devra s'exercer sur les uns et les autres avec un soin tout particulier, rigoureusement et sans faiblesse.

C'est le plus souvent aux sollicitations des sociétaires malades, à leur oubli de l'intérêt général, lorsque leur intérêt personnel est en jeu, que sont dus les abus dans la délivrance des médicaments. Il est bien difficile d'espérer détruire cette tendance fâcheuse qui devrait pourtant disparaître devant la notion exacte et la pratique de plus en plus répandue de la mutualité. Il faut l'essayer toutefois en ne cessant de rappeler aux sociétaires qu'en adhérant à une société de secours mutuels ils contractent l'engagement, non seulement de ne pas nuire à l'intérêt commun, mais aussi de contribuer personnellement à la prospérité collective. L'intérêt de la société et l'intérêt personnel des participants sont d'ailleurs plus intimement liés qu'on ne pourrait le supposer à première vue. Les droits particuliers des adhérents sont garantis par les ressources collectives : en les diminuant, les sociétaires diminuent d'autant leur gage et compromettent l'exécution des engagements sociaux à leur égard.

En développant ces quelques considérations, je n'ai pas eu pour but d'indiquer un remède infaillible aux difficultés que suscite le service des médicaments dans les sociétés. J'ai voulu surtout vous montrer, Monsieur le Président, à quel point cette question me préoccupait et me paraissait devoir s'imposer à votre attention et à votre dévouement pour l'avenir de la société que vous dirigez.

Je me considérerai comme satisfait si j'ai pu provoquer, de votre part, de la part de vos collaborateurs, un redoublement d'efforts pour améliorer la situation financière des sociétés et assurer la prospérité de l'œuvre si belle et si féconde de la mutualité.

Recevez, Monsieur le Président, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Pour le Ministre et par délégation:

Le Directeur du cabinet, du personnel et du secrétariat,

Signé : DEMAGNY.

Nous recevrions et nous publierions volontiers, les réflexions que cette circulaire inspirerait à nos confrères.

A. C.

Le Secret médical à propos des certificats délivrés aux instituteurs et institutrices.

Un de nos confrères, membre du Concours, a adressé au Conseil général de la Seine la lettre suivante :

Au moment où va se réunir le Conseil général du département de la Seine, je crois utile d'attirer votre attention sur ce qui se passe à la Direction de l'Enseignement primaire du département de la Seine. Le directeur de l'Enseignement, et MM. les inspecteurs, déclarent hautement que tout le personnel sous leurs ordres (instituteurs, institutrices et médecins) doivent se soumettre à leurs exigences, même lorsqu'elles sont contraires aux lois, ou quitter leur administration.

Ainsi, lorsqu'un instituteur ou une institutrice tombe malade, le 2e bureau de la Direction de l'Enseignement lui envoie l'avis suivant : « M. M.., « instituteur, est prié de faire parvenir à la Di- « rection un certificat de son médecin traitant, *in- « diquant la nature de la maladie.* Ce certificat « devra être légalisé par le Maire. »

Ce court avis viole deux fois la loi. Aussi, avant de s'y conformer, le docteur D... fit visite à M. L.., directeur du 2e bureau, et à M. d'O., inspecteur primaire du canton de V. Il fit d'abord remarquer à ces messieurs : 1° Que toute pièce administrative qui ne sort pas du département n'a pas besoin du visa du Maire ; et que c'était une exigence contraire à la loi. M. l'inspecteur répondit *qu'il n'avait pas à se préoccuper de la loi* et que s'il lui plaisait d'exiger le visa du Maire, le médecin devait s'y soumettre et l'instituteur aussi, sous peine de perdre son traitement pendant la durée de sa maladie !!!

2° En ce qui concerne la violation du secret médical exigée par le chef du 2e bureau, le docteur D... avait écrit à M. le docteur Brouardel, en lui disant qu'il croyait devoir refuser à une Société, à une Compagnie, et même à une Administration, d'indiquer le nom de la maladie d'un de ses clients. Le docteur Brouardel a répondu qu'il était aussi de son avis. Le docteur D... prétendait donc que le Directeur de l'Enseignement primaire devait se contenter d'un certificat constatant que l'institutrice était malade et que sa maladie ne serait nullement contagieuse au moment où elle reprendrait ses fonctions ; *que l'administration n'avait aucun intérêt à en savoir davantage et que c'était une curiosité inconvenante que d'en demander plus long.* Si l'inspecteur primaire n'a pas confiance dans le médecin traitant, il peut envoyer son médecin inspecteur qui délivrera un autre certificat. Mais le médecin inspecteur, pas plus que le médecin traitant, n'a le droit de dévoiler à l'administration la nature de la maladie, *quand bien même il y serait autorisé par la personne intéressée.* C'est ainsi, du reste, que le docteur Voisin ne s'est pas cru délié du secret médical par les instances de Gabrielle Bompard, qui le suppliait de parler, au cours d'un procès récent. C'est pour cela que le docteur Watelet a été poursuivi et condamné pour avoir, même avec l'autorisation de la famille, dévoilé la nature de la maladie dont était mort le peintre Feyen-Perrin.

Si on se base sur l'issue de ce dernier procès, une personne qui voudrait se venger d'un médecin (fût-il même un médecin inspecteur) n'aurait qu'à adresser au Parquet le certificat indiquant la nature de la maladie, pour que le médecin qui l'aurait fait, même avec l'autorisation de la malade, soit condamné comme l'a été le docteur Watelet. A moins que la loi sur le secret professionnel ne soit une arme dont les parquets puissent se servir pour inquiéter, à leur gré, certaines personnalités.

En vain le docteur D... montrait une circulaire du Ministre de la Guerre, du 4 avril 1845, qui n'a pas été modifiée, et que voici : « Lorsque des « officiers sont malades à la chambre, un des « officiers de santé est chargé de les voir et de « rendre compte de leur état au lieutenant-colo- « nel ; le Ministre de la Guerre, consulté sur la

« question de savoir si l'officier de santé doit, en « rendant compte de l'état des officiers, faire con- « naître en même temps la nature de la maladie, « a répondu que cette obligation ne saurait nulle- « ment être imposée aux officiers de santé; en gar- « dant le silence à ce sujet ils ne font que se sou- « mettre aux prescriptions que la loi (Art. 378) leur « impose. (Code de procédure des officiers de « santé de l'armée.)»

Il lui fut répondu que le Ministre de la Guerre pouvait se contenter de ce qu'il voulait; mais que le Directeur de l'Enseignement primaire (sans s'inquiéter de ce que pouvait dire le Conseil municipal ou le Conseil général) ne s'en contentait pas *et voulait que les certificats indiquent le nom de la maladie*, et que les instituteurs ou institutrices, qui ne donneraient pas les certificats comme il les demandait, ne toucheraient pas de traitement. S'il s'agit de maladies par trop ennuyeuses à dévoiler, ajoutait-on, on met simplement sur le certificat: « Chloro-anémie ». Il paraîtrait que tous les jours nombre de médecins envoient de pareils certificats sans difficulté et sans protester?

Ainsi, M. le Directeur de l'Enseignement primaire oblige les médecins: ou à faire perdre le traitement à un instituteur malade, ou à faire souvent, soit un faux certificat ou un certificat exact, qui dévoilera (ce qui est cruel) à un malade la nature d'une maladie que l'on voulait lui cacher, ou qui iudiquera (ce qui est inconvenant) qu'une jeune femme est atteinte d'une de ces mille misères qu'elles tiennent à cacher. Et cependant ce certificat ira se promener dans tous les bureaux de la Préfecture et servira de thême aux plaisanteries du bureau. Il nous semble qu'à défaut de la loi, des sentiments d'humanité ou de décence auraient dû prévenir de pareils abus. Mais il est hors de doute qu'en présence de pareils faits, MM. les Conseillers généraux et le corps médical tout entier sauront protester et faire leur devoir.

Un Électeur.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat d'Aisne-et-Vesle.

Neuvième année, trente-troisième séance.

Le mardi 12 mai 1891, le Syndicat s'est réuni à l'Hôtel de la Gare à Fismes. Après un déjeuner confraternel, la séance a été ouverte à 2 heures, par le président.

Etaient présents ou représentés :

MM. Wirmant (de Soissons), *président* ;
Gaillart (Hartennes), *vice-président* ;
Lécuyer (Beaurieux), *secrétaire*;
Dubin (Longueval) ;
Henrionnet (Braisne) ;
Séchancourt (Bourgogne) ;
Brassart (Villers-Cotterets) :
Lefèvre (Fismes).

MM. Lancry (de Vailly) et Van Bunnen de Jonchery), candidats, étaient également présents.

Le président remercie ses confrères, ses camarades de l'honneur qu'ils lui ont fait en le choisissant comme président.

Il rappelle la mort de notre cher Ancelet et, rappelant les obsèques solennelles que lui a faites la ville de Vailly, il charge M. Lécuyer, qui a prononcé un discours au nom du Syndicat, d'en rendre compte.

La société locale de Soissons a d'ailleurs fait publier une brochure relatant les discours prononcés par M. Legry, maire et conseiller général, dont Ancelet était l'adjoint ; par le Dr Marchant, président de la société locale de Soissons, le Dr Lécuyer, au nom du Syndicat d'Aisne-et-Vesle et le Dr Ad. Henrot au nom de la Société médicale de Reims.

Le président rappelle aussi le vote de la loi Chevandier, si ardemment désiré par le corps médical, et qui, malgré quelques desiderata, constitue une amélioration sérieuse. Il félicite le Concours médical et l'Union de Syndicats d'avoir ouvert une souscription pour offrir à notre confrère Chevandier, député de la Drôme, un objet d'art et un banquet, ainsi qu'à tous les membres de la commission. Il propose au Syndicat de souscrire pour 20 francs. (Approbation.)

Il croirait manquer à son devoir en ne félicitant pas le Dr Loysel, de Tergnier, du prix de l'Académie de médecine qui lui a été décerné pour son beau travail, sa Météorologie de Madagascar, ainsi que notre ami Lécuyer de son rappel de médaille d'or à la Société médicale de Reims pour ses travaux sur l'anus contre nature, la pustule maligne et le tétanos. Il le félicite également de sa réélection comme secrétaire adjoint de l'Union des Syndicats.

En finissant, il présente les candidatures de MM. Van Bunnen et Lancry ; suivant le règlement, leur admission sera votée à la prochaine séance.

Il lit aussi une lettre de M. Bracon qui exerce à Reims et qui donne sa démission.

Le président met aux voix : 1° la souscription Chevandier ; 2° la démission Bracon. Ces deux propositions sont acceptées à l'unanimité.

M. Lécuyer, secrétaire, expose que notre année syndicale a été calme, que l'union règne parmi ses membres, et que le syndicat s'est occupé des questions qui agitent le corps médical ; déclaration des maladies contagieuses, exercice illégal de la médecine ; revision des tarifs médico-légaux, etc. Il reviendra sur ces questions qui n'ont pas encore de solution.

Le principal événement est la mort de notre ami Ancelet, fondateur et ancien président du Syndicat, décédé le 5 janvier.

La ville de Vailly a fait à Ancelet des obsèques solennelles qui ont pris les proportions d'une manifestation publique ; elle a pris tous les frais à sa charge et les habitants ont ouvert une souscription pour élever à sa mémoire un monument qui rappelle son dévouement à ses malades, sa bonté pour tous et son admirable désintéressement.

Sur sa tombe, M. Legry, maire, s'est fait l'interprète de la reconnaissance de la ville entière.

Le Dr Marchand a dit les regrets de la Société des médecins de Soissons au bureau de laquelle il appartenait depuis de longues années.

M. Lécuyer s'est exprimé en ces termes :

Discours de M. le docteur H. Lécuyer,

de Beaurieux.

Messieurs,

Au nom des médecins du Syndicat d'Aisne-et-Vesle, je dois dire un dernier adieu au docteur Ancelet.

C'est un devoir particulièrement pénible pour un ami ; mais, d'un autre côté, dépeindre ce caractère franc, loyal, qui peut servir de modèle à tant de points de vue, comme médecin et comme homme privé, est un âpre plaisir pour moi, et je remercie notre président, le docteur Woimant, de Soissons, de m'en avoir chargé.

Ancelet est un des fondateurs de notre syndicat ; il en a été le président pendant trois années, et malgré les instances de tous ses collègues, il n'a pas voulu conserver cet honneur plus longtemps, estimant qu'il fallait un certain roulement et que d'autres avaient autant de droits que lui de remplir cette fonction. Ah ! c'est que la modestie était la qualité maîtresse de cette nature d'élite. Dans nos réunions, Ancelet semait des idées, et quand on voulait les lui rapporter, il s'en défendait disant : mais ce sont les idées de tout le monde !

Les idées de solidarité du corps médical étaient défendues par lui avec passion et il leur a donné une forme tangible en proposant au Syndicat pendant sa présidence un projet d'assurance mutuelle contre la maladie. Son projet discuté, amendé, a été adopté et il fonctionne depuis trois ans. La caisse Ancelet, ainsi que j'ai proposé à nos collègues de l'appeler, donne une indemnité journalière aux membres associés et elle a l'honneur d'être la première fondée en France.

Comme confrère, il était la perfection même et, quand il y avait un litige entre médecins, il était choisi comme suprême arbitre, tant on avait confiance en son jugement droit et sûr.

Comme médecin, je n'en veux dire qu'un mot qui résume tout : Il avait une très belle clientèle, et il était l'ami de tous ses clients, les pauvres comme les riches. Il sera universellement regretté de tous et, je puis le dire hautement, jamais remplacé.

Comme savant, il a publié un certain nombre de travaux originaux qui le placent hors de pair. Il a eu des récompenses de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie, et, s'il avait eu le temps, il aurait laissé bien d'autres ouvrages, résultat de l'expérience d'un bon praticien ennemi de la routine, aussi bien que des idées nouvelles tant qu'elles n'avaient pas la consécration du temps et de l'observation scientifique.

Comme opinion politique, il était républicain et, nature généreuse, il rêvait l'union de tous les Français. Il désirait, comme notre ami Wimy, de Braine, que naguère nous accompagnions à sa dernière demeure, une République assez large pour abriter sous les plis de son glorieux drapeau tricolore tous les enfants de la patrie, unis pour la recherche des progrès sociaux et la reconstitution de nos frontières naturelles.

On a pu s'étonner, et je l'ai entendu dire maintes fois, que cette fine nature gauloise ne se soit pas mariée. En voici la raison que j'ai fini par savoir. Quand Ancelet s'est établi à Vailly, il avait sa mère avec lui. Issu d'une ancienne famille de Reims, et comptant même un échevin de cette ville parmi ses ancêtres, son père, travaillant dans l'industrie lainière, n'avait pas réussi et cela malgré une probité indiscutable.

Quoique n'étant pas responsable au point de vue de la loi, il travailla, paya tout le passif de la succession, et dans sa conscience si droite, si honnête, ne crut pas pouvoir offrir des dettes comme dot à une jeune fille.

Pendant ce temps, les années passaient, et il écoulait les trésors de tendresse et d'amour qu'il avait dans son cœur sur cette brave et digne mère qui les méritait si bien.

J'ai vécu dans leur intimité, je puis le dire, et quand les loisirs de ma clientèle me permettaient de venir jusqu'à Vailly, mon premier soin était d'embrasser cette sainte femme, je me croyais en famille. La mort de sa mère fut un rude coup pour Ancelet, et il m'en parlait souvent.

Tout cela n'est-il pas édifiant ?

S'il m'était permis de dire tout le bien qu'il a fait tant à sa famille qu'à ses amis, j'en aurais pour bien longtemps à vous entretenir ; mais sur tout cela j'ai promis le secret et je le garderai.

Il a eu sur cette terre cette suprême récompense d'être apprécié par tous à sa juste valeur, d'être aimé et estimé, et il mettait cela bien au-dessus de tout le reste.

Adieu, mon cher ami, ton souvenir restera éternellement dans le cœur de tous ceux qui t'ont connu et ta mort fait un vide chez tes amis, vide qui ne se comblera jamais !

Adieu !

Le Dr Henvrot, de Reims, a terminé les discours par une monographie très bien étudiée de son meilleur ami d'études.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la phtiriase pubienne.

Pommade au calomel. — On pratique des onctions avec cette pommade ainsi formulée et qu'on laisse en place pendant deux heures :

Calomel.............. 1 gramme
Axonge.............. 20 grammes

Un bain savonneux doit suivre cette application que l'on renouvellera après quarante-huit heures s'il y a lieu.

Bain de sublimé. — Ce bain contiendra 10 grammes de sublimé, et le malade y séjournera pendant trente à quarante-cinq minutes. On le fera suivre de lotions vinaigrées chaudes et de l'emploi du peigne métallique pour enlever les œufs.

Lotions mercurielles. — Ces lotions se pratiquent dans le service de M. Fournier, avec la liqueur de Van Swieten doublée, suivant cette formule :

Sublimé................ 1 gramme
Alcool................ 100 grammes.
Eau distillée.......... 400 grammes

Vinaigre au sublimé. — Ce topique est étendu par moitié d'eau chaude et sert également aux lotions :

Sublimé................ 1 gramme
Vinaigre aromatique.. 300 grammes

Les préparations mercurielles sont préférables aux susbtances antiseptiques qui ont été récemment préconisées, et, surtout aux huiles naphtolées.

Professeur A. FOURNIER.

REPORTAGE MÉDICAL

Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officiers. — MM. les docteurs Bouchard, Riant (de Paris) ; Duchemin, Rech, Josien, Bonnefoy, Soulbleu (médecins de l'armée active) ; F. Bertherand (médecin militaire en retraite) ; Bourru (médecin de la marine) ; Treille (médecin des colonies).

Chevaliers. — MM. les docteurs Douvillé, J.-F. Magnin, Ch. Richet (de Paris) ; Ollivier (de Digne) ; Toutant (de Marans) ; Langlois, Romain, Febvre, Barois, Aron, Mossier, Plaisant, Pagès, Rivet, Marestaing, Grandmougin, Pilet, Sauzède, Schrapf, Mulot (médecins de l'armée active) ; Machenaud, Nicolas, Borély, Long, Jan, Gazeau, Mirabel (médecins de la marine) ; Defaut (médecin de la marine en retraite) ; Collomb, Gentilhomme (médecins des colonies).

Le *Paris médical* vient de se fondre, sous la direction de notre distingué confrère M. le Dr Chevallereau, avec la *France médicale* qui servira désormais les abonnés du *Paris.* M. le Dr Bouchut, qui a pris cette détermination par raison de santé, demeure le collaborateur de M. Chevallereau.

— *Empoisonnement à bon marché.* — On nous signale depuis longtemps l'existence d'une industrie des plus dangereuses pour la santé publique. A Paris et en province, des camelots vendent sous les portes cochères ou dans les coins de rue, de la poudre ou du liquide destiné à réargenter les couverts. Sur la table d'occasion dressée devant eux s'étalent des manches de couteaux, des cuillers, des fourchettes brillant du plus vif éclat. Pour quelques sous, ces industriels offrent cette poudre ou ce liquide destiné à restaurer tous les objets de table et à les mettre à neuf. Naturellement, les bonnes, les petites ménagères, les ouvrières s'arrachent le produit et s'empressent de l'appliquer chez elles sur leurs couverts plus ou moins désargentés. Sans méfiance aucune, elles s'en servent, ainsi que leur entourage, loin de se douter que l'argentifère si brillamment prôné par le camelot n'est autre que du nitrate ou du cyanure de mercure ! Nous demandons instamment au Conseil d'hygiène de Paris et au Comité consultatif d'hygiène de France de rappeler qu'il faut poursuivre avec la dernière énergie ces commerçants que l'ordonnance du 29 octobre 1846 et la loi du 19 juillet 1845 permettent de traduire en police correctionnelle. A. R.

(*Lyon médical.*)

Le 11me dîner de l'*Association de la presse médicale* a eu lieu vendredi 3 juillet, restaurant Marguery. — L'Assistance était nombreuse, sous la présidence de M. le professeur Cornil. A été admis membre de l'Association, M. le Dr *Valude*, directeur-propriétaire des *Annales d'oculistique.* — Il a été décidé qu'on ferait confectionner, à l'usage des membres du syndicat, une *carte d'identité.* Les directeurs des journaux associés devront envoyer, le plus tôt possible, au siège de la Société, leur Photographie, du modèle le plus réduit, s'ils veulent recevoir cette carte, qui leur rendra de nombreux services.

SOUSCRIPTION CHEVANDIER

3e *liste (suite).*

MM. les docteurs Colombet, de Miramont (L.-et-G.). — Pintaud-Desallées, à La Rochefoucault. — Syndicat de Libourne. — Syndicat de la Rochelle. — Laurent, de Broons (C.-du-N.). — Maréchal, de Brest. — Gérard, de Savenay. — Syndicat de la Vienne. — Lacoste, à Senonches (E.-et-L.).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Perrichot, du Havre (Seine-Inférieure), membre du Concours médical.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Viennent de paraître :

Pour les Médecins. Causeries, par le Dr Grellety, médecin consultant à Vichy.

Extrait de la table des matières : Aux jeunes médecins qui débutent. — Les dîners médicaux. — La pudeur féminine. — La calligraphie médicale. — Education physique de l'enfant. — Le malthusianisme. — Vision posthume d'un médecin aquatique. — La virilité des diabétiques. — Dangers de la publicité criminelle. — Coup de balai nécessaire, etc. — In-8 écu de 300 pages, édition de luxe. Prix : 4 francs.

Des climats et des stations climatiques, par le Dr H. Weber, médecin des hôpitaux de Londres, traduit de l'anglais, par le Dr Paul Rodet, in-8, 150 pages. — Paris, *Société d'Editions scientifiques,* 4, rue Antoine-Dubois.

Présenter d'une façon claire et concise des notions très pratiques de climathothérapie, tel est le but de cet ouvrage. Aujourd'hui où le traitement hygiénique et climatique des maladies tend de plus en plus à entrer dans nos mœurs, le médecin doit posséder des renseignements très précis sur la climatologie et sur les diverses stations où l'on peut diriger les malades, selon la nature de la maladie et selon l'état des personnes. Le docteur Weber s'est acquis à Londres, dans le public médical, une sorte de spécialité pour l'étude de ces questions, et son ouvrage fait autorité. Il était donc indispensable de le mettre entre les mains des médecins français ; c'est ce que le docteur Rodet a compris et personne n'était mieux placé que lui pour remplir cette tâche. Adresser un mandat de *quatre francs* pour recevoir franco.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Treizième année N° 30 25 Juillet 1891

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

BANQUET DU 19 JUILLET 1891

Offert à la Commission parlementaire et à son président M. le docteur Chevandier.

A Monsieur le docteur Chevandier, député de la Drôme; hommage de la Société du Concours médical et de ses confrères des Syndicats médicaux. Vote à la Chambre des Députés de la loi sur l'exercice de la médecine (19-21 mars 1891).

Telle est l'inscription qu'on peut lire sur le piédestal de bronze de la *Diane* de l'éminent sculpteur français, *Falguière*, qui se dresse sur la table autour de laquelle viennent s'asseoir : MM. *Chevandier, Cosmao-Dumenez*, député du Finistère, *Langlet*, député de la Marne; *Bourgeois*, député de la Vendée; *Dellestable*, député de la Corrèze ; *Gacon*, député de l'Allier; *Isoard*, député des Basses-Alpes ; *Signard*, député de la Haute-Saône et M. le professeur *Cornil*, sénateur et président de la commission sénatoriale chargée de l'examen de la loi de révision votée par la Chambre. S'étaient excusés: MM. *David, Viger* et *Vacherie*. Le *Directeur du Concours médical*, le *Président de l'Union des syndicats*, les membres du *Conseil de Direction* et du *Bureau de l'Union*, font les honneurs de la table aux invités à cette fête de la gratitude confraternelle. Nous remarquons, parmi les convives, les membres de la commission de Révision nommée par le Concours médical, en 1881, MM. le Dr Decool, d'Hazebrouck, et Bibard, de Pontoise.

Nous regrettons l'absence de MM. Gibert, Monin, Geoffroy, membres de cette commission, absolument empêchés de se trouver parmi nous.

Le banquet a été somptueux et le menu Marguery a mérité les éloges de tous les convives.

MENU

Bisque et Saint-Germain
Crevettes, beurre, melon, harengs russes
Truite saumonée sauces crevettes et Hollandaise
Filet piqué aux tomates en cèpes
Poulets nouveaux truffés en cocotte
Sorbets au Porto
Canetons de Rouen rôtis sauce au sang
Salade romaine
Haricots panachés au beurre
Ecrevisses Marinière
Bombe glacée
Gaufres
Fromage, fruits, dessert

VINS

Bordeaux, Médoc en carafes
Chablis Moutonne
Léoville 1875, Corton 1878
Champagne Montebello frappé
Café, Liqueurs

Les lettres de regrets de ne pouvoir assister au banquet sont arrivées de tous les points de la France, où nos hôtes comptent des amis.

Parmi les nombreux convives, nous avons pu noter nombre de délégués des Syndicats: M. Angot, du Syndicat de la Mayenne ; Hamaide, de Fumay, délégué du syndicat des Ardennes ; David, du syndicat de l'Aude ; Lecuyer, délégué du syndicat d'Aisne-et-Vesle ; Tournaire, délégué du syndicat de la Vallée du Rhône ; de Welling, du syndicat de la Seine-Inférieure ; Crousan, du syndicat de la Gironde ; et MM. Cesbron, de Marines ; Jagu, de Gisors ; Boyer, de la Celle-Saint-Cloud ; Brun, de Saacy ; Chevallier, de Compiègne ; Capron, de Chaumont-en-Vexin ; Chopinot, de Crépy-en-Valois ; Delefosse, secrétaire général de la caisse des pensions ; Le Menant

des Chesnays ; Apostoli, de Paris ; Desnos, de Paris ; Aguilhon de Sarran, de Paris ; Gauchot, de Chambois ; Gauthier, de Magny-en-Vexin, Dr Labonne, de Paris ; Legros, de Paris ; Moreau, de Versailles ; Maricourt, de Paris ; Rousseau, de Laon ; Tartarin, de Bellegarde ; Vigouroux, de Paris ; Toussaint, de Veyriéres-le-Buisson ; Laburthe, de Paris : Delacroix, de Paris; Jaoul, de Sucy-en-Brie; Chastaing, trésorier de la Société de protection ; de Chateaubourg, de Paris ; Mangenot, de Paris ; Rabjeau d'Ingrandes, etc., etc.

Parmi les invités, nous avons pu noter M. le le Dr Chevandier fils ; MM. Cézilly ; *Chastenet* et *Lordereau*, conseils judiciaires, *Chanlaire*, conseil financier ; des membres de la presse et autres dont nous n'avons pu consigner les noms.

S'étaient excusés par dépêche, au dernier moment, MM. Auché, Augé, de Pithiviers ; Bilhaut, de Paris ; Katz, de Pontoise ; Lesguillons, de Compiègne ; Lorin de Paris ; Wurtz, de Compiègne.

Des lettres et des dépêches de félicitations de M. Henri Marais, de Honfleur, du syndicat de Bar-sur-Aube et de bien d'autres sont parvenues à M. Chevandier, durant le repas.

Au champagne, qui a été versé sans parcimonie aux convives, le Directeur du *Concours médical* s'est levé le premier et il s'est exprimé en ces termes :

Messieurs les Députés,

Dans ma carrière, déjà longue, de directeur du Concours médical, j'ai rarement éprouvé une satisfaction plus vive que celle de parler, comme en ce jour, au nom de trois mille cinq cents membres de notre Société et spécialement au nom des *souscripteurs* du banquet auquel vous avez bien voulu prendre part. Nous vous remercions de la tâche que vous avez menée à bien : *la révision de la loi de l'an XI, loi dont le corps médical réclamait en vain, depuis soixante ans, la réforme intégrale.*

Et vous, Monsieur *Chevandier*, vous avez bien mérité de notre profession, car même avant 1881, avec d'autres collègues, la réforme de la loi de ventôse était une de vos préoccupations.

Les législatures se succédaient, les projets de révision devenaient caducs et toujours vous vous retrouviez à la tête des commissions de révision, grâce à vos électeurs de la Drôme, qui toujours vous renouvelaient votre mandat. Ils savaient que vous étiez un député utile, un de ces députés pour lesquels les lois d'affaires, même d'affaires médicales, doivent au moins marcher de pair avec les lois purement politiques.

Vous avez, au prix d'un labeur assidu, d'une persévérance à toute épreuve, doté la *France* d'une bonne loi sur le *reboisement des montagnes*. Elle devrait porter votre nom. Pour nous, médecins, nous vous affirmons que la loi de révision médicale portera le nom de : Loi Chevandier.

Votre nom est inscrit sur le socle de la *Diane de Falguière*, le souvenir que les souscripteurs vous prient d'accepter, pour rappeler longtemps à vous et aux vôtres, leur gratitude.

Diane vient de lancer sa flèche ; elle en suit le vol, pour juger si elle portera. Plus heureux que Diane, vous, M. Chevandier, les flèches, que depuis quinze ans, vous décochiez, sans cesse, contre l'édifice vermoulu des lois de l'an XI, ont toutes porté et vous l'avez démoli les 19-21 mars 1891.

Honneur à vous !

Nous buvons tous et de tout cœur à votre chère santé. (*Applaudissements.*)

Messieurs, a ajouté M. Cézilly, notre excellent ami le Dr *Gassot*, membre du conseil de direction, a quelques mots à ajouter aux miens.

Messieurs,

A la fin de l'année 1880, dans une réunion où nous jetions les bases de la future Société du Concours Médical, nous placions au premier rang de nos revendications la réforme de la législation sur l'exercice de la médecine en France, et M. le Dr Chevandier, nous invitant à produire nos cahiers de doléances, nous promettait que nos confrères, membres des Assemblées politiques, auraient à cœur de s'inspirer de nos travaux.

Confiants dans ces encouragements, nous nous mettions immédiatement à l'œuvre et, après une enquête dans laquelle nous avions sollicité tous les avis, les critiques comme les approbations, nous arrivions aux conclusions que mon ami, le Dr Geoffroy, développait et justifiait dans un magistral rapport.

De son côté, M. le Dr Chevandier, fidèle à sa promesse, s'emparait de nos revendications et, s'inspirant de nos vœux, déposait sur le bureau de la Chambre des Députés la proposition de loi qui, après bien des vicissitudes, bien des difficultés et des ajournements, vient enfin d'être votée par la Chambre.

Il faut à cette loi sur l'exercice de la médecine la consécration que le Sénat, nous l'espérons, ne lui refusera pas. Mais nous n'avons pas voulu attendre sa promulgation à l'*Officiel* pour exprimer notre reconnaissance à ceux qui ont bien voulu prendre la défense de nos intérêts et soutenir que le corps médical avait droit, lui aussi, à quelque protection.

Oh ! les belles promesses ne nous avaient pas manqué, et les bonnes intentions des candidats, si elles avaient pu être suffisantes, nous eussent apporté dès longtemps l'âge d'or ! — Le malheur était que les élus oubliaient quelque peu leurs promesses et que lui-même, le médecin législateur, une fois entré à la Chambre, ne paraissait plus guère se souvenir qu'il avait été médecin.

Quand vous avez pris en mains notre cause, M. Chevandier, les choses ont immédiatement changé, et, si vous avez dû vous plier aux lenteurs et aux difficultés parlementaires, nous vous avons vu apporter à la cause médicale l'ardeur et la ténacité que vous aviez montrées pour le reboisement des terrains en montagne et pour *la liberté des funérailles*.

Le corps médical tout entier doit vous en être profondément reconnaissant.

Mais cette gratitude platonique, quelque sincère qu'elle fût, ne pouvait nous suffire à nous, membres de la Société du Concours médical et des Syndicats médicaux ; il nous fallait une manifestation plus sensible.

C'est que, très honoré Confrère, non content de nous avoir adressé vos encouragements, vous êtes venu partager nos travaux. Je n'ai pas oublié ces réunions où vous vouliez bien nous initier au travail fructueux des commissions et donner à nos discussions intimes le caractère de précision qui leur était si nécessaire !

C'est que, rédigeant votre proposition de loi, vous n'avez pas hésité à déclarer qu'elle vous avait été inspirée par notre initiative !

C'est que, toujours, vous nous avez rendu justice, comme toujours, dans nos Assemblées générales, vous vous êtes fait un devoir de venir nous apprendre où en était la question au Parlement, nous invitant à calmer nos impatiences et à ne pas désespérer !

Vous avez toujours été des nôtres, M. Chevandier, vous comprendrez donc que nous ayons tenu, dans une fête de famille — permettez-moi de me servir de cette expression — à vous offrir un souvenir de votre persévérante énergie.

Et vous, Messieurs les Députés qui, dans la commission parlementaire, avez secondé l'action de notre vaillant confrère ou qui, dans la discussion publique, avez combattu la bonne cause, vous nous permettrez de vous associer à cette manifestation de notre reconnaissance.

Nous avons voulu triompher avec vous des nombreuses améliorations qu'apportera à l'exercice de la médecine le vote de la loi nouvelle et reconnaître vos efforts pour écarter les mesures que nous pouvons regretter d'y voir introduites. Médecins, nous vous disons

que vous avez bien mérité de la profession médicale; citoyens, nous pouvons vous affirmer que vous avez fait œuvre d'utilité publique, car, en semblable matière, il ne saurait exister d'intérêts contraires.

Enfin, messieurs, nous pouvons bien, nous aussi, prendre notre petite part du succès obtenu. Bien qu'on ait affecté, dans certains milieux, d'ignorer nos enquêtes et nos travaux, bien que le rapport de Geoffroy n'ait jamais été cité — comme si ce silence mesquin pouvait le faire disparaître ou même l'amoindrir — il nous sera permis de rappeler que, si la révision de la législation médicale est venue en discussion, c'est aux efforts de la Société du Concours médical et des Syndicats médicaux qu'est dû ce résultat.

Nous avons introduit la question alors que personne ne songeait à le faire; depuis dix années nous sommes sur la brèche multipliant notre action individuelle ou collective, — nous pouvons donc triompher avec quelque raison.

Nous couronnerons notre œuvre en nous montrant plus justes qu'on ne l'a été envers nous : je vous propose donc, messieurs, rendant à César ce qui est à César, de lever nos verres en l'honneur de tous ceux qui, à quelque moment que ce soit, se sont occupés de la réforme de la loi de l'an XI et de donner à la loi nouvelle le nom qu'elle devra porter désormais, celui de *loi Chevandier*.

(*Applaudissements répétés.*)

A ce moment M. le Dr *Chevandier* se lève à son tour et, d'une voix émue, il prononce les paroles suivantes :

Mes chers Confrères,

Jamais je ne fus plus embarrassé pour répondre aux allocutions trop flatteuses de l'infatigable Directeur du Concours médical, M. le docteur Cézilly, et de notre distingué et sympathique confrère, M. le docteur Gassot, membre du Conseil de direction.

Si, dans son remarquable discours, M. le docteur Gassot n'avait résumé l'historique de ce projet de révision de la loi de l'an XI, j'aurais eu à cœur de rappeler qui en avait pris l'initiative, de dire les nombreuses campagnes vaillamment conduites par nos honorables confrères du Concours, certain qu'ils rendraient ample et généreuse justice aux efforts de la commission parlementaire pour doter le corps médical et le pays d'une loi féconde.

Que M. le Directeur du Concours et ses dévoués collaborateurs reçoivent nos vifs remerciements pour l'accueil si sympathique qui nous a été préparé et nos sincères félicitations pour l'ardeur, jamais amoindrie, avec laquelle, depuis longues années, ils poursuivent une œuvre qui nous est commune.

Cet hommage rendu, je me sens plus à l'aise. Néanmoins, en présence de confrères si nombreux, venus ici soit spontanément, soit comme délégués des Syndicats médicaux pour exprimer leur gratitude aux membres de la Commission et à son président, je me sens pris d'une émotion qui nuira sans doute à l'expression de ma pensée.

Vous avez voulu, en effet, mes chers confrères, que le président tout au moins conservât de votre reconnaissance un témoignage durable, et vous avez choisi pour cela une œuvre artistique de premier ordre, la Diane, tant admirée au dernier salon, de notre grand statuaire Falguière.

Nul choix ne pouvait être plus heureux, ni plus flatteur. Elle est splendide, vêtue du chaste rayonnement de votre générosité et de sa moderne et souveraine beauté.

Merci, mes chers confrères, mes chers souscripteurs, merci !

Ce bronze magnifique perpétuera dans ma famille le souvenir du grand honneur qui m'est fait ce soir, par une appréciation trop bienveillante, du simple devoir législatif patiemment accompli et facilité, à trois reprises, par la collaboration précieuse et nécessaire d'excellents collègues, de députés jaloux de voir notre proposition prendre dans nos lois la place qui lui fut assignée par la Chambre des Pairs, il y a près d'un demi-siècle.

Nous continuerons, mes chers confrères, à poursuivre notre entreprise, convaincus de son importance par l'éclat de vos manifestations si sympathiques, mais un peu prématurées.

La proposition de loi votée par la Chambre aurait été, dit-on, froidement accueillie par le Sénat. Mieux connue, je veux croire qu'elle sera mieux appréciée. Mais, s'il le faut, Messieurs, je roulerai de nouveau mon rocher de Sysiphe, infatigable et obstiné jusqu'à ce qu'il soit placé hors du versant de la montagne. (*Applaudissements.*)

Mais non, il nous est impossible à nous, membres de la commission, héritiers de deux commissions ayant adopté comme nous un projet de loi auquel le gouvernement s'est rallié, il nous est impossible d'admettre que le Sénat de la République se montrera animé d'un esprit moins démocratique que la haute Assemblée de la Monarchie, en refusant de donner pour base à la nouvelle loi le principe de l'égalité des malades devant la science. (*Applaudissements.*)

D'ailleurs, là aussi nous comptons de nombreux et dévoués amis, en bonne situation pour nous défendre.

Et maintenant, laissez-moi terminer ce trop long discours, en vous invitant à saisir vos verres, à porter la santé de Messieurs les docteurs Cézilly et Gassot et celle de mes généreux souscripteurs, et à boire à la réalisation prochaine de l'unité du Corps médical français.

De nombreuses salves d'applaudissements accueillent le discours de l'auteur de la Loi de Révision et c'est avec entrain que les coupes se vident en son honneur.

Le Président de l'Union des Syndicats, M. le Dr *Mignen*, réclame à son tour l'attention sympathique des convives et il s'exprime en ces termes :

Messieurs les députés et très honorés confrères,

Il y a onze ans, dans le *Concours médical*, le regretté Dr Margueritte, du Havre, nous invitait à nous réunir en associations syndicales, pour la défense de nos intérêts professionnels. Son chaleureux appel fut entendu, et il eut bientôt la satisfaction d'apprendre qu'à Montaigu d'abord, puis sur tous les points de notre cher pays, de nombreux syndicats médicaux avaient été créés.

L'œuvre dont Margueritte avait pris la généreuse initiative, et pour laquelle M. le Dr Cézilly, avec le dévouement qu'il sait mettre à notre service à tous, l'avait puissamment aidé, l'œuvre de Margueritte, dis-je, semblait devoir grandir encore à l'abri de la loi si libérale du 21 mars 1884, dont nous vous sommes redevables. Malheureusement, une interprétation étroite de la Cour suprême est venue anéantir bien des espérances. Et, si les syndicats ont continué à vivre, ils n'ont pu faire qu'une partie du bien qu'ils étaient appelés à réaliser.

Mais, MM. les députés et très honorés confrères, vous vous êtes souvenus, bien que chargés de la défense d'intérêts considérables, que vous étiez médecins, c'est-à-dire avez été à la peine, et vous avez voulu venir en aide à vos confrères écrasés souvent dans la lutte pour la vie. Vous avez, en effet, amélioré notre situation en faisant voter par la Chambre des Députés la loi qui réglera l'exercice de la médecine, *loi qui reconnait aux syndicats médicaux une existence légale.* C'est ce point que je veux retenir.

Président de l'Union des syndicats médicaux de France, je suis heureux de vous en exprimer, au nom de tous mes confrères ici présents, au nom des milliers de confrères syndiqués, toute notre reconnaissance. Nous vous avons suivis pas à pas dans les luttes que vous avez eues à soutenir pour faire prévaloir nos revendications. Nous vous avons vus toujours sur la brèche, et, parmi vous, depuis vingt ans, M. le Dr Chevandier, et notre non moins dévoué député vendéen M. le Dr Bourgeois, ont été de ceux qui n'ont jamais désespéré. Honneur à eux, honneur et merci à vous tous !

C'est à vos efforts persévérants que nous devons la législation nouvelle, et si, comme on l'a dit, les médecins de campagne sont surtout appelés à en bénéficier,

je m'applaudis à ce titre, d'être ici le représentant autorisé de tous mes confrères.

En leur nom je lève mon verre pour porter votre santé. (*Applaudissements.*)

Des applaudissements répondent à M. Mignen et M. le député *Bourgeois* (de la Vendée) lui répond :

Chers Confrères,

L'honorable Président des Syndicats des médecins français, mon compatriote, M. le docteur *Mignen*, vient de prononcer deux noms qui me sont chers à plus d'un titre ; le mien d'abord et celui de *Montaigu*. Merci, mon cher Mignen, d'avoir, dans votre discours, associé mon nom à celui de notre cher et infatigable Président et rapporteur de notre commission à la Chambre, le docteur *Chevandier* : rien ne pouvait m'être plus agréable, rien ne pouvait être plus flatteur pour moi, son modeste, mais dévoué collaborateur ! — *Montaigu*, avez-vous dit aussi, est la ville où a été créé le premier syndicat médical de France ; mais ce que vous n'avez pas dit, ce qu'il faut que je dise ici bien haut, c'est que vous avez été le fondateur, l'âme de ce Syndicat. Ne pensez-vous pas, messieurs, que s'il est juste de dire de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine : *Loi Chevandier*, il y aurait quelque justice aussi à dire : *Syndicat Mignen* !.. Honneur, messieurs, à nos confrères de Montaigu, aux jeunes et vaillants pionniers qui, les premiers, ont bravement ouvert la voie ! (*Applaudissements.*)

Et comment ne serais-je pas tout particulièrement flatté, heureux de parler de vous, cher confrère vendéen, de *Montaigu* ? *Montaigu* est une charmante petite ville de notre bocage qui fait partie de ma circonscription électorale.... électorale, ai-je dit ! Oh ! je m'arrête bien vite ; n'ayez pas peur, messieurs ! En entrant ici, j'ai laissé scrupuleusement à la porte, cette vilaine et hargneuse compagne qu'on appelle la politique : je ne vois plus ici, entourant notre aimable Président, que des amis ; je cherche vainement des Sénateurs, des Députés, je ne vois plus que des confrères. Et vous l'avez bien compris et entendu comme moi, messieurs les organisateurs de ce banquet, et je vous en remercie : il n'y a à la Chambre des Députés qu'un seul Docteur qui siège à droite, le docteur Bourgeois et ici il siège à gauche. (*Rires.*)

Je suis le premier à le remarquer et à m'en réjouir; vous vous êtes rappelé chers confrères, mes paroles au banquet des médecins de la Chambre des Députés et vous avez voulu les souligner : *Les nerfs crâniens, à leur sortie du crâne se croisent* ; ceux de droite vont animer le corps gauche et ceux de gauche vont à droite. Preuve incontestable, anatomique, physiologique de l'harmonie, de l'union qui doivent régner dans le corps médical !..

Et puisque nous parlons d'harmonie et d'union, permettez-moi, cher collègue et confrère M. Cornil, de viser immédiatement un point qui nous diviserait, s'il pouvait jamais y avoir division entre *nous*. On vient de parler du Sénat, de l'accueil réservé fait à la jeune loi sur la médecine par cette haute Assemblée et de l'intention du Sénat de renvoyer devant les Conseils généraux, pour supplément d'enquête, la pauvre petite loi dépourvue encore d'un état civil. Pauvre loi, depuis cinquante ans, elle court ainsi les rues et comme autrefois Caïphe renvoyait à Pilate et Pilate à Caïphe, notre loi va du Sénat à la Chambre. Cette fois elle sortait heureuse, toute pimpante du baptême solennel donné à l'unanimité par la Chambre des Députés ; mais le Sénat ne veut encore une fois la reconnaître et l'adopter qu'après supplément d'informations !.. Il est bien vrai, mon cher collègue, que je me suis permis tous bas, bien bas, de dire ; mais si une loi mûrement discutée, votée à l'unanimité par le Sénat nous était renvoyée à la Chambre et qu'au lieu de la discuter, la Chambre la renvoyât dédaigneusement à l'examen des conseils municipaux, les Pères conscrits pourraient trouver le procédé incorrect !... (*Rires.*) N'insistons pas ; au surplus, mes chers confrères, le sort de la loi mise entre les mains de M. Cornil est en trop bonnes mains pour que nous n'ayons pas le droit d'espérer dans le Sénat. (*Applaudissements*).

J'ai aussi entendu exprimer le désir que l'on aurait en haut lieu de changer, de réformer, de déformer à mon sens le programme des études médicales ; on allégerait, on amputerait le plus possible les lettres, la littérature... Oh ! je m'affligerais de ces résections et vivisections. N'oublions jamais, chers confrères, que nous sommes les petits-fils d'Hippocrate, qu'Hippocrate était fils d'Esculape et Esculape fils d'Apollon ! Ne laissons pas, croyez-moi, toucher à cette glorieuse filiation. (*Assentissement.*)

Pardon de cette digression ! Ah ! Messieurs, l'accueil qui nous est fait ici est vraiment, pour nous, qui avons pris part à cette longue lutte, la plus douce récompense. Si, ainsi que l'honorable M. Mignen vient de nous le dire, nous avons été à la lutte, à la peine pendant 20 ans, je crois que nous voilà bien près de la gloire ! Voyez ! il y a quelques jours, à Montaigu, les membres du syndicat m'adressaient leurs félicitations et me décernaient le titre de *médecin honoraire*. Médecin honoraire ! oh ! ce titre-là, ça ne se porte pas à la boutonnière ; c'est au cœur, c'est dans le cœur que ça s'attache et ça le réchauffe et le rajeunit mieux que tous les titres officiels et que tous les élixirs. (*Applaudissements.*)

Oui, pendant 30 ans, je l'ai connue cette vie du médecin rural qui ne roule pas toujours carrosse ; qui le jour, la nuit, à toute heure, par tous les temps, sous la pluie, la neige, à pied, ou trottinant sur son petit cheval, court la campagne, prodiguant à tous ses soins ses consolations et quelquefois, comme notre ancêtre *Ambroise Paré*, pansant et *Dieu aidant*, guérissant ses malades devenus et restés ses amis ! Les charges sont lourdes ; patente, impôts, mauvais clients, rhumatismes.... que sais-je !.. Et qu'on ne nous parle pas, à nous, de grèves, de ces grèves si fréquentes aujourd'hui ! D'abord, franchement, qu'y gagnerions-nous ? Le personnel des remplaçants est déjà formé et fonctionne : sorciers, empiriques, rebouteurs, somnambules... et autres. Et puis, avouons-le, en présence d'un de mes semblables qui souffre, fût-il notre ennemi, à l'appel déchirant d'une mère, en face du devoir, qui donc songerait à la grève ? Ceux qui parlent ainsi du médecin n'ont jamais mis la main sous l'habit noir du grand praticien des villes, ni surtout sous la modeste peau de bique du médecin de campagne, pour en mesurer le cœur. (*Applaudissements.*)

Vous avez dit, cher M. Mignen, que Chevandier et moi nous n'avions jamais désespéré dans cette longue lutte pour la vie et l'honneur du corps médical. C'est vrai et, plus heureux que Moïse, j'espère bien entrer et camper avec vous dans la terre promise.

Messieurs,

Au nom du corps médical, vous nous offrez une gracieuse et touchante hospitalité : je voudrais boire à la santé de vous tous et de chacun en particulier : à M. Cézilly, au spirituel et vaillant directeur du *Concours médical* dont le nom est si justifié ; à la presse médicale ; aux organisateurs de cette fête de famille ; à *Chevandier*, à la loi Chevandier ; à mes confrères et collègues de la commission, à tous mes confrères ; à tous ceux qui, médecins ou non, nous ont aidé dans cette campagne... Dans mon enthousiasme, en serrant la main de notre confrère et honoré collègue M. Cornil, j'irais jusqu'à boire au Sénat..

Un jour, un Roi de France envoya aux Suisses un ambassadeur, le maréchal de Bassompierre, je crois. Les délégués des 13 cantons lui offrirent à son arrivée 13 coupes d'honneur, et il dut répondre aux 13 cantons. Bassompierre, soucieux de soutenir l'honneur et le prestige de la France, retira sa grande botte à chaudron (elle contenait 13 pintes) et la vida à la santé de la Suisse. Les hommes de notre temps ne sont plus, hélas ! à la hauteur des anciens. Mais on fait de son mieux : Messieurs, j'ai fait remplir ma coupe de champagne; elle pétille.. J'y ajoute tout mon cœur de bon confrère, toute ma franchise de rural et de vendéen, et pour être bien sûr de n'oublier personne, pas

même les absents, pour boire d'un coup au corps médical tout entier:

A notre Doyen ! A Brouardel qui toujours, dans sa chaire comme à la tribune de la Chambre, défend avec tant d'autorité et de cœur les prérogatives, les intérêts professionnels et la dignité du corps médical.

Des applaudissements très chaleureux répondent au spirituel député et M. le Dr *Lécuyer* ajoute :

Notre confrère Bourgeois, le député vendéen, dans les paroles si bien senties qu'il vient de prononcer, revendique par-dessus tout le titre de médecin de campagne.

Vous savez que depuis 20 ans il s'est associé à l'œuvre du Dr Chevandier et a lutté avec lui sans trêve pour la révision de la législation de l'an XI.

En qualité de médecin de campagne, je vous propose, mes chers confrères, de boire à sa santé.

Son attitude si franche, si loyale est un enseignement.

Malgré des divergences politiques avec son collègue du Parlement, il l'a secondé de toutes ses forces. Il savait qu'il combattait le bon combat pour nos intérêts professionnels qui sont ceux de la collectivité, et pour la justice.

Au Dr Bourgeois, au médecin député vendéen ! (*Applaudissements*).

M. le Dr Maurat, à son double titre de membre du conseil de Direction du Concours et de secrétaire trésorier de l'Union, réplique de la façon suivante :

Messieurs et chers Confrères,

Après les toasts chaleureux qui viennent d'être portés et auxquels je m'associe de tout cœur, le rôle de votre Conseil d'administration serait terminé s'il n'était un point resté dans l'obscurité et sur lequel je tiens à attirer votre attention.

Grâce à la persévérance du docteur Chevandier et aux efforts de tous, la nouvelle loi régissant la médecine a été votée à la Chambre au moment où nous pensions avoir encore de longs mois à attendre. Elle a été votée rapidement, en deux séances, presque sans discussion. La question était depuis longtemps connue de tous, avait été étudiée sur toutes ses faces, avait été l'objet dans cette Chambre, comme dans les précédentes, de nombreux et lumineux rapports ; le fruit était mûr, il ne restait plus à obtenir que la sanction du vote.

Notre surprise a donc été bien grande, et bien grande aussi notre déconvenue, quand nous avons appris que le Sénat, insuffisamment éclairé sur la question des officiers de santé, demandait des lumières aux Conseils Généraux en retardant d'autant le vote définitif d'une loi que nous attendons tous avec une si légitime impatience.

A quoi peut tendre cette procédure singulière et que penserait-on d'une Cour de cassation renvoyant devant le juge de paix un procès jugé en appel ? — Le cas me semble identique.

Messieurs, cette question mise à l'étude depuis plus de 50 ans est trop connue de vous tous pour que je m'y arrête longuement. Après les rapports si nombreux et si étudiés dont elle a été l'objet, le Sénat seul peut ignorer — que tous riches ou pauvres, citadins ou campagnards, sont égaux devant la maladie et ont droit aux mêmes soins éclairés — que les statistiques prouvent jusqu'à l'évidence que les officiers de santé, rares dans les départements pauvres, sont au contraire relativement nombreux dans les contrées riches et populeuses et qu'enfin *les officiers de santé actuels ont tout intérêt à voir voter une loi qui augmente leurs privilèges sans atteindre en rien leurs intérêts.*

Les Conseils Généraux, du reste, n'ont aucune compétence pour trancher une question qui leur est absolument inconnue et leurs réponses seront positives ou négatives selon la façon dont elle leur sera posée. A ce sujet, je me permettrai de regretter que les termes du questionnaire n'aient pas été autrement fixés.

Voici ce que demande, en effet, le Sénat !

1° Y a-t-il intérêt pour les populations de la campagne à maintenir l'existence de l'officiat de santé tel qu'il existe en ce moment ?

2° Si dans l'avenir le recrutement des officiers de santé était supprimé, le service médical serait-il assuré dans les campagnes ?

Il n'est pas douteux que des questions posées de la sorte seront résolues dans le sens du maintien de l'officiat ; et le souci de l'intérêt public nous oblige à le regretter.

Si, au contraire, le Sénat avait dit :

1° Qu'il est équitable de procurer à tous les malades les soins de médecins également qualifiés;

2° Que les droits des officiers de santé *actuels* seront sauvegardés et même étendus;

3° Que l'accession au titre de docteur en médecine est facilitée par la diminution des frais d'études et la possibilité d'en passer les examens en province.

4° Que, par conséquent, le nombre des médecins exerçant ne saurait être diminué par la suppression de l'officiat, la réponse eût été différente.

Messieurs, nous avons le plaisir de posséder parmi nous M. le Professeur Cornil, président de la commission du Sénat, qui a bien voulu honorer notre banquet de sa présence. Nous savons tous que les intérêts médicaux sont bien placés entre ses mains et que nous pouvons compter sur ses bienveillants efforts.

Nous serions heureux qu'il voulût bien nous rassurer un peu sur l'avenir de notre projet de loi devant le Sénat, et nous dire s'il ne serait pas possible de modifier les termes des questions posées aux Conseils Généraux.

Messieurs, je termine en levant mon verre à tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'effort commun et, en particulier, *à M. le Professeur Cornil qui sera, j'en ai la certitude, le digne continuateur au Sénat de notre cher docteur Chevandier.* — (*Vifs applaudissements.*)

M. le professeur Cornil se lève et dit :

Messieurs et chers Confrères,

Je suis bien heureux de m'associer aux applaudissements par lesquels vous avez salué mon ancien collègue et ami M. Chevandier, et je remercie de tout cœur les organisateurs de cette fête de m'en avoir donné l'occasion.

Je me lève aussi pour répondre à M. le docteur Maurat à propos du rôle de la commission sénatoriale qui doit examiner le projet de loi Chevandier. Aussi bien, mon cher confrère, m'avez-vous mis directement en cause. Les opinions sont très partagées, à la commission sénatoriale, au sujet des officiers de santé. Elle reflète le sentiment du Sénat qui s'est fait jour lors de la discussion dans les bureaux. Dans mon bureau j'avais demandé à être nommé commissaire, me déclarant, d'une façon générale, partisan de la loi votée par la Chambre, avec un certain nombre de modifications toutefois. La grande majorité de mon bureau voulait la conservation de l'officiat de santé dont l'utilité était défendue tout particulièrement par M. Camescasse. Je n'ai passé qu'à une voix de majorité après deux scrutins. Beaucoup de bons esprits, dans le corps médical comme dans les conseils élus, sont convaincus que les officiers de santé rendent de très grands services lorsque surtout ils s'établissent à la campagne, dans des pays relativement pauvres qui ne suffiraient pas à satisfaire un docteur. On dit, et cela est vrai, qu'il vaut mieux être traité par un médecin, même peu savant, que de n'être pas traité du tout. La répartition en France des officiers de santé est très inégale. Très nombreux dans les départements du Nord, du Pas-de-Calais, de la Bretagne où ils rendent de grands services, ils sont aussi les seuls qui exercent dans un certain nombre des cantons montagneux d'Auvergne, des Cévennes et des Pyrénées. L'utilité, le rôle des officiers de santé est régional. C'est pourquoi il nous a paru ndispensable de consulter les conseils généraux par-

faitement à même d'apprécier leurs services dans chaque département. On nous dit que lorsqu'on s'est adressé à une cour suprême on ne va pas ensuite devant un juge de paix ; qu'après le vote de la Chambre il était oiseux et même blessant pour la commission de la Chambre de s'adresser à nouveau aux conseils généraux. Je n'admets point, Messieurs, cette manière de voir.

La Commission du Sénat est composée en majorité de médecins, d'hommes aussi recommandables par leur caractère que leur haute intelligence ; ils veulent se faire une opinion basée sur les documents qui leur semblent les meilleurs ; ils les puisent à toutes les sources ; ils demandent l'avis des conseils départementaux de même qu'ils ont conféré avec une série de Sociétés médicales ou d'art dentaire, de même qu'ils ont prié MM. Brouardel, Liard, etc., de leur donner tous les renseignements oraux et écrits les plus détaillés. De ce que la commission de la Chambre avait entendu les ministres et les directeurs au ministère, s'ensuivait-il aussi que nous dussions nous priver des mêmes avis ? La commission sénatoriale et le Sénat, soyez-en sûrs, mes chers confrères, n'a qu'un désir, celui de se renseigner au mieux. Elle consulte les conseils généraux. Que répondront-ils ? Ceux des départements où les officiers de santé sont nombreux, estimés, dévoués à la médecine des campagnes répondront dans le sens de la conservation de l'officiat. C'est le petit nombre des départements. Les régions plus nombreuses où il n'existe guère que des docteurs feront une réponse contraire. Nous trouverons dans cette consultation d'excellents éléments d'informations propres à entraîner la conviction du Sénat. C'est à vous, messieurs, qu'il appartient aussi de convaincre les membres des conseils généraux.

Vous devriez nous savoir gré de ces consultations multiples qui vous paraissent inutiles parce que vous êtes vous-mêmes très convaincus. Notre ami, M. Chevandier, peut vous dire s'il a été bien reçu et religieusement écouté par la commission sénatoriale dans une de ses dernières séances. Il est convenu que si la commission sénatoriale fait à la loi qui vient de la Chambre quelque modification, des conférences interviendront, pour se mettre d'accord, entre les députés et sénateurs membres des deux commissions. Je ne doute pas, pour mon compte, qu'il s'établisse entre nous une conformité de vue nécessaire pour que le corps médical reçoive un code meilleur que la loi de l'an XI. Vous pouvez être assurés, d'ailleurs, que nos travaux seront menés assez rapidement pour que le rapport soit déposé avant la fin de cette année. (*Applaudissements*).

Cette loi touche à une quantité de points importants qui doivent être traités après mûre réflexion et, de plus, elle sous-entend, sans les déterminer, les conditions de scolarité et d'entrée dans les facultés. Si l'on unifie le grade qui mène à l'exercice de notre profession, il faudrait en rendre l'accès plus facile, les études moins onéreuses, en utilisant davantage les écoles préparatoires et en rendant la thèse facultative.

Les éloquentes paroles de M. Cornil sont chaleureusement accueillies et M. le Dr Gassot ajoute :

Messieurs,

M. Cornil vient de dire qu'il avait été personnellement mis en cause ; il a fait erreur, car nous savons bien qu'il partage notre avis et qu'il défendra nos intérêts devant le Sénat.

C'est le Sénat mal informé qui a été mis en cause et si M. le Professeur Cornil a soulevé, ce qu'en termes parlementaires, on a appelé, je crois, des rumeurs, c'est qu'il s'est fait — je ne voudrais pas manquer de respect à la haute assemblée qu'il représente — c'est qu'il s'est fait l'avocat du diable (rire général). Le Sénat mieux informé comprendra que l'officier de santé, pas plus que le docteur, ne peut s'installer où il est impossible de vivre, et si, comme nous l'espérons, il vote les mesures contre l'exercice illégal, il rendra partout possible l'exercice de la médecine par les docteurs. (*Applaudissements*.)

Les convives passent dans le salon où sont servis le café et les liqueurs ; on distribue à chacun d'eux une belle photographie de la Diane de Falguière, et les conversations les plus animées s'engagent. Elles témoignent de la satisfaction unanime éprouvée par tous ceux qui ont pris part à cette fête médicale.

Liste générale des souscripteurs.

La Société civile du Concours médical. — L'Union des Syndicats. — M. Cézilly, directeur du *Concours médical* et vice-président de l'Union des Syndicats. — M. Mignen, président de l'Union des Syndicats. — MM. Gibert, Maurat et Gassot, membres du Conseil de Direction du Concours médical. — MM. Gauthier, Lécuyer, Ladmiral, membres du Bureau de l'Union des Syndicats.

Syndicat d'Etampes (Seine-et-Oise). — Syndicat médical de Corbeil. — Syndicat médical de la Marne. — Syndicat de Montaigu (Vendée). — Syndicat des Basses-Cévennes. — Syndicat du Cher. — Syndicat suburbain de Bordeaux. — Association des médecins de la Drôme et de l'Ardèche. — Syndicat de la vallée de la Meuse. — Syndicat de Rambouillet. — Syndicat d'Aisne-et-Vesle. — Souscription personnelle des membres du Syndicat de Montaigu. — Syndicat de Lamballe (Côtes-du-Nord). — Syndicat de Senlis (Oise). — Syndicat de Nantes. — Syndicat du Loiret. — Syndicat de Laval. — Syndicat du Médoc (Gironde). — Syndicat du Bas-Anjou. — Syndicat du Vexin. — Syndicat de La Réole (Gironde). — Syndicat de la vallée du Rhône. — Syndicat de Libourne. — Syndicat de La Rochelle. — Syndicat de la Vienne. — Syndicat de Domfront.

MM. les Docteurs :

Alméras, d'Autretot (Seine-Inférieure).

Barbanneau, de Pouzauges (Vendée). — Barbat, de Charlieu (Loire). — Barnay, de Paris. — Beauzon, de Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire). — Bédier, de Paris. — Béraud, de Charlieu (Loire). — Bibard, de Pontoise (Seine-et-Oise). — Boimond, de Saint-Jeoire (Savoie). — Bousquet, à Valbonne. — Boyer, à La Celle-Saint-Cloud (Seine-et-Oise). — Boyron, des Hautes-Rivières. — Brun, à La Celle (Loiret).

Cabasse, de Vaucouleurs (Meuse). — Cailleteau, Saint-Philbert de Grand-Lieu (Loire-Inférieure). — Cassan, à Nîmes (Gard). — Cesbron, à Marines (Seine-et-Oise). — Cézilly (H.), à Paris. — Chanlaire, à Paris. — Charrières, de Souvigny (Allier). — Charayon, Gaillefontaine (Seine-Inférieure). — Coliez, Longwy (Meurthe-et-Moselle). — Colombet, de Miramont (L.-et-G.). — Combaud, de Sancerre (Cher). — Cousturier, du Lude (Sarthe). — Courgey, d'Ivry (Seine).

Daprey, de Passy, Paris. — David, à Sigean (Aude). — Dechoudans, à Collonges. — Desmaroux, à Huriel (Allier). — Destord, de Siorac (Dordogne). — Destrem, rue Lecourbe, Paris. — De Welling, de Rouen (Seine-Inférieure). — Duhourcau, à Cauterets. — Dumarest, à Voiron (Isère).

Font-Réault, à Saint-Junien (Haute-Vienne).

Gaillard, à Parthenay (Deux-Sèvres). — Gamet, de Pont de Roide (Doubs). — Garavel, de Montreuil-sous-Bois (Seine). — Gauthier, de Luxeuil (Haute-Saône). — Gérard, de Savenay. — Gibert, au Havre. — Gouin, à Vieille-Vigne (Loire-Inférieure). — Grellière, de Neauphle-le-Château

(Seine-et-Oise). — Guéneau, de Nolay (Côte-d'Or). — Guenot, de la Roche-en-Breuil (Côte-d'Or. — Guichamans, à Arzacq (Basses-Pyrénées). — Guillochin, à Mitry. — Guillon, à La Tremblade. — Guyader, de Brest (Finistère). — Guyon, de Nantes.

Halbout, de Bernay (Eure). — Hénouille, Arcueil-Cachan (Seine).

Jagu, de Gisors (Eure). — Jeanne, à Meulan (Seine-et-Oise).

Katz, de Pontoise.

Lacoste, à Senonches (Eure-et-Loire). — Landry, de Paris. — Langlois, de Pontivy (Morbihan). — Laurent, de Broons (C.-du-Nord). — Legros, de Paris. — Lejeune, Meursault (Côte-d'Or). — Lemaire, au Tréport (Seine-Inférieure). — Lepage, de Paris. — Lhuillier, à Santenay. — Licke, à Maisons-Laffitte (Seine-et-Oise). — Lombard, à Terrasson (Dordogne).

Marais, Honfleur (Calvados). — Maréchal, de Brest. — Marion, à Parthenay (Deux-Sèvres). — Martinet, de Villenauxe-la-Grande (Aube). — Maurel, Paris. — Ménard, de Saint-Waast-la Hougue (Manche). — Mérentié, de Marseille. — Meurisse, à Cysoing (Nord). — Mora, de Paris. — Morice, de Néris (Allier). — Moricourt, Paris.

Odin, à Saint-Honoré-les-Bains (Nièvre). — Ordonneau, Mouilleron (Vendée).

Pélous de Castanet. — Peretti, de Cassaigne-Dahra (Algérie). — Petitclerc, de Rouen. — Pintaud-Desallées, à La Rochefoucault. — Pireyre, de Saint-Amand-Tallende (Puy-de-Dôme). — Porson, de Nantes. — Pouillot, de Brienon (Yonne). Prévost, de Quesnoy-sur-Deule (Nord).

Reignier, à Surgères (Charente-Inférieure). — Renson, de Monthermé. — Ribard, de Meudon (S.-et-O.). — Ribard, de Paris. — Rigabert, à Saacy (Seine-et-Marne). — Rocher, d'Orléans. — Roger, à La Villeneuve (Ille-et-Vilaine). — Roland, de Dijon (Côte-d'Or). — Roulland, de Niort (Deux-Sèvres). — Rousseau (J. L.), à Laon (Aisne).

Salles, d'Aulnay-de-Saintonge (Charente-Inférieure). — Seney, à Villefranche-sur-Mer (Alpes-Maritimes). — Sérieux, de Martigues (B.-du-Rh.) — Souplets, à Nogent-le-Rotrou. — Speckhahn, à Renwez (Ardennes).

Tartarin, de Bellegarde. — Témoin, à Senonches. — Toupance, de Dixmond (Yonne). — Toussaint, d'Argenteuil (Seine-et-Oise).

Viard, à Chatillon. — Viple, d'Ebreuil (Allier).

Nombre de syndicats n'ont pu se réunir depuis que la souscription a été ouverte ; nombre de confrères se sont trouvés en retard et à la dernière heure des souscriptions nouvelles ont été envoyées que nous avons été obligés de ne pas accueillir. La souscription a été largement suffisante. Le conseil de Direction et le Bureau de l'Union expriment leurs sentiments de gratitude à tous les souscripteurs.

Total général de la souscription au 19 juillet, qui demeure close à cette date : 1899 fr. 50 c.

Le Conseil de Direction et le Bureau de l'Union, réunis en séance, le dimanche 19, avant le banquet, ont décidé que M. le président de l'Union des Syndicats adresserait la lettre suivante aux syndicats :

Montaigu, le 22 juillet 1891.

Monsieur le Président et très honoré Confrère,

La Commission, chargée par le Sénat de l'examen de la loi sur l'exercice de la médecine, votée par la Chambre des députés, a résolu d'interroger les Conseils généraux sur l'opportunité de la suppression de l'officiat de santé.

Vous connaissez les raisons sérieuses qui militent en faveur de la résolution prise par la Chambre des Députés, et que le *Concours médical* a très heureusement résumées, p. 366, n° 11.

Mais comme il est de notre devoir de tout mettre en œuvre pour éclairer MM. les membres des Conseils généraux, je viens vous prier de réunir, *même à titre extraordinaire, et dans les premiers jours du mois d'août au plus tard*, les membres du Syndicat médical que vous présidez.

Vous aurez ainsi le moyen de vous concerter, en temps utile, avec vos confrères, sur les démarches à faire près de MM. les membres du Conseil général de votre département, dont quelques-uns, sans doute, sont aussi membres de votre Syndicat.

Je vous serai reconnaissant de faire connaître par la voie du *Concours*, la nature des résolutions que vous aurez prises, et aussi le résultat qu'elles auront eu près de votre Conseil général.

Veuillez agréer, Monsieur le Président et très honoré confrère, l'expression de mes sentiments très dévoués.

Le président de l'Union des Syndicats médicaux de France.
L. Mignen.

De son côté, le Conseil de Direction engage tous les membres du Concours à éclairer leurs conseillers généraux qui vont être appelés à se prononcer sur la suppression de l'officiat. Mais comme il compte peu sur le résultat de cette consultation, il engage surtout les membres du Concours à profiter des deux mois de vacances pour rendre visite à leurs *sénateurs* respectifs, ou pour leur écrire et leur faire comprendre combien il importe, avant tout, que la loi revienne promptement à la Chambre. Nous avons fait tout ce qui était en notre pouvoir pour hâter ce renvoi ; il appartient à nos confrères de faire, de leur côté, tous leurs efforts. Serait-ce trop leur demander que de les prier de nous informer du résultat de leurs démarches ? Nous aurions ainsi des données sérieuses pour pressentir le résultat de la prochaine délibération sénatoriale.

LA SEMAINE MÉDICALE

Injections d'acide phénique dans le charbon.

Grabowski a traité avec succès 10 cas de pustule maligne par des injections profondes d'acide phénique (en solution à 5 0/0) dans la périphérie de la pustule. Il injecte 1/2 seringue de Pravaz ; il entoure chaque pustule d'une couronne de 2-6 piqûres. La pustule elle-même est badigeonnée par l'acide phénique en nature et ensuite recouverte de compresses chaudes. A l'intérieur, il prescrit le vin à petites doses. Sur 99 cas de pustule maligne traités par l'acide phénique, qu'il a trouvés dans la littérature, il n'y a eu aucune terminaison fatale.

Indications pour l'emploi de la cocaïne dans les affections des fosses nasales.

En se servant de la cocaïne dans les affections des fosses nasales, il faut observer les règles suivantes :

1° Pour obtenir do l'anesthésie locale, au lieu d'arroser toute la muqueuse pituitaire, il vaut mieux appliquer un tampon de ouate trempé dans une solution de cocaïne directement sur le champ d'opération ;

2° Jusqu'à un certain point, des solutions faibles produisent une anesthésie plus profonde que des solutions plus concentrées, mais il faut attendre plus longtemps jusqu'à ce que l'anesthésie se produise. Une solution à 4 pour 100 est probablement la meilleure pour obtenir une anesthésie de la muqueuse nasale ;

3° La cocaïne, appliquée sur une muqueuse enflammée, ne produit pas ses effets aussi rapidement et aussi complètement que sur une muqueuse saine ;

4° Si l'on prolonge l'usage de la cocaïne pendant un certain temps, ses effets sont suivis par une congestion et une inflammation ;

5° Si l'on veut se servir de la cocaïne pour obtenir des effets sédatifs ou pour diminuer la sécrétion dans la rhinite aiguë, mais principalement dans la pyorrhée nasale et la fièvre de foin, il faut plutôt employer une solution que la poudre mélangée à d'autres substances, parce que la poudre irrite mécaniquement la muqueuse et tend à augmenter l'inflammation qui existait déjà, et la sécrétion ;

6° Si l'on emploie une solution de cocaïne dans les fosses nasales postérieures, il faut tâcher que la cocaïne n'arrive pas dans le pharynx. Puisqu'elle supprime rapidement les sécrétions du pharynx et provoque une sensation très désagréable de sécheresse, excepté aux amygdales, il ne faut nulle part dans le pharynx se servir de la cocaïne. (*Gleason medical World.*)

Diathèse hémorrhagique.

M. *Hayem* a présenté à la Société médicale des hôpitaux l'observation d'une jeune femme de 22 ans qui depuis l'enfance avait des hémorrhagies très fréquentes. Ce furent d'abord des épistaxis jusqu'à quinze ans, puis des ménorrhagies dès que la menstruation se fut établie ; avec les premiers rapports sexuels les ménorrhagies augmentèrent beaucoup. Les règles étaient précédées d'éruptions de purpura.

Bientôt cette malade arriva à un état d'anémie et de faiblesse extrêmes. L'examen de son sang démontra une diminution considérable des globules rouges (2.015.000 au lieu de 5.000.000 par millimètre cube), et ces globules avaient en outre perdu une partie de leur pouvoir colorant, ce qui dénotait une grande pauvreté en hémoglobine. Le nombre des globules blancs était normal, mais le nombre des hématoblastes, — ces éléments régénérateurs des hématies, — était considérablement diminué; ils étaient en outre très hypertrophiés.

Chez cette malade il y avait donc des altérations assez importantes du sang. Il est naturel de se demander si les hémorrhagies étaient cause de ces altérations ou si au contraire elles n'en étaient que l'effet. M. Hayem avait déjà résolu la question. En effet, chez un jeune homme ayant, lui aussi, des hémorrhagies fréquentes, mais n'étant pas encore anémique, il trouva les mêmes modifications des hématoblastes. Ces altérations doivent donc être regardées comme cause des hémorrhagies.

Dans les deux cas précédents il ne s'agit point d'hémophilie. Dans cette affection, en effet, on note un retard énorme de la coagulation et il n'y a aucune altération des éléments cellulaires. Chez les malades do M. Hayem, au contraire, la coagulation se faisait dans le temps normal et les altérations cellulaires étaient importantes.

On peut donc distinguer deux types dans la diathèse hémorrhagique : 1° l'hémophilie caractérisée par une altération chimique du sang, encore inconnue d'ailleurs, sans modifications des éléments figurés; 2° une affection hémorrhagipare caractérisée par une altération morphologique des éléments cellulaires.

La vulvo-vaginite des petites filles.

La question des vulvites et vulvo-vaginites des petites filles a une importance extrême au point de vue médico-légal. On sait, en effet, que l'on a retrouvé dans le pus vulvaire des enfants atteints de cette affection un microbe absolument analogue à celui de la blennorrhagie.

Il faudrait bien cependant se garder de croire que la vulvo-vaginite a fréquemment une origine vénérienne. M. *Comby* est venu démontrer, à la Société des hôpitaux, que les moyens de contagion de cette affection sont extrêmement nombreux. Sur 150 cas qu'il a examinés, quelques-uns à peine n'avaient pas pour origine une contagion très nette. Cependant les fièvres éruptives, rougeole, varicelle, scarlatine, ou d'autres affections comme l'impétigo, l'eczéma, l'herpès peuvent s'accompagner de vulvite.

Mais la contagion est certainement la cause la plus puissante. Elle se produit quelquefois dans des conditions assez rares ; tel est le cas de Suchard où l'eau d'un bain servit de véhicule à l'agent contagieux.

Au point de vue clinique, M. Comby distingue deux formes de vulvo-vaginites : l'une aiguë, disparaissant rapidement, surtout lorsqu'il y a vulvite simple et non vulvo-vaginite; l'autre chronique, évoluant surtout chez des enfants scrofuleux, et dont la durée est interminable.

L'état général n'est ordinairement pas influencé. Le pronostic est bénin. Il faudra veiller cependant aux ophthalmies qui pourraient se produire.

Le traitement prophylactique consiste à isoler les fillettes malades : elles ne devraient même pas, d'après M. Comby, être admises à l'école. Pas de lit commun, pas de bain commun, pas d'objets de toilette communs avec d'autres fillettes.

L'antisepsie vulvaire et vaginale constituera la base du traitement : lotions de sublimé au 1/2000e répétées plusieurs fois par jour, lotions à l'acide borique à 4 p. 100, suivies d'un pansement à la poudre de salol. Enfin, M. Comby se sert, contre la vaginite, de crayons, de 2 ou 3 millimètres de diamètre, composés de beurre de cacao et d'iodoforme ou de salol. Cette méthode lui a donné d'excellents résultats.

Traitement de la fièvre typhoïde.

M. Hayem a exposé, dans une de ses leçons de thérapeutique, une nouvelle méthode de traitement de la fièvre typhoïde, méthode qu'il a adoptée depuis plusieurs années et qui lui a donné

d'excellents résultats. Elle consiste dans l'emploi de l'acide lactique comme antidiarrhéique et désinfectant intestinal. On connaît les bons effets de l'acide lactique dans le traitement des diarrhées de toute nature. Dans la fièvre typhoïde l'action abortive de ce médicament est telle que M. Hayem lui a fait une place prépondérante dans sa nouvelle méthode. Aussi a-t-il abandonné les antipyrétiques internes, tout en conservant cependant les bains qui remplissent d'importantes indications.

Acide lactique avec ou sans bains, suivant les indications, telle est donc la formule générale de M. Hayem.

L'acide lactique, donné à hautes doses, non seulement modère la diarrhée, mais encore, dans certaines conditions, abrège la durée de la maladie.

On le prescrit sous la forme d'une limonade :

Acide lactique........... 15 à 25 grammes.
Sirop simple.............. 200 grammes.
Eau....................... 800 grammes.

A prendre dans les 24 heures.

Sous cette forme le médicament est en général bien supporté. Lorsqu'il y a intolérance gastrique, il suffit parfois d'allonger la limonade, qui est fortement acide, avec un peu d'eau de Seltz pour qu'elle soit prise volontiers ; dans le cas de dilatation gastrique, un ou deux lavages de l'estomac avec de l'eau bouillie feront rapidement disparaître l'intolérance.

Lorsque l'acide lactique est donné dès le début de la fièvre typhoïde il abrège nettement la durée de l'affection. Dans les cas légers et de moyenne intensité il suffit seul à obtenir une guérison rapide, pourvu qu'il soit donné assez tôt.

Mais il est insuffisant dans les formes graves et lorsque l'infection générale est déjà intense au moment où l'on est appelé à intervenir. Cependant, même dans ces cas, l'acide lactique est encore utile à divers points de vue: il modère la diarrhée, fait disparaître le météorisme, rend les malades plus sensibles à l'action des moyens antithermiques ; il abrège la durée de la maladie en favorisant la défervescence qui peut se faire d'une façon brusque au lieu d'être traînante ; il fait souvent disparaître le stade amphibole des formes graves ; il exerce enfin une action favorable sur la nutrition générale, abrège ainsi la durée de la convalescence en favorisant le retour des forces et de l'appétit.

Dans les cas légers et de moyenne intensité M. Hayem prescrit 15 grammes d'acide lactique par jour ; quand la température vespérale atteint 40° la dose est portée à 20 grammes. Dans les cas graves, franchement hyperpyrétiques, 20 à 25 grammes d'acide lactique et bains froids à 20° ou bains progressivement refroidis.

Si des symptômes adynamiques se produisent, qu'il y ait ou non hyperthermie, M. Hayem prescrit, avec l'acide lactique, des bains, des affusions froides et, en outre, 100 à 150 grammes de cognac par jour.

Les bons effets de l'acide lactique ne se montrent pas immédiatement. Le bénéfice semble nul les premiers jours ; mais c'est au moment du stade amphibole, quand les malades commencent à être constipés, que l'action de l'acide lactique se traduit par une chute assez rapide de la fièvre. Les grandes oscillations sont supprimées et la défervescence se produit en deux ou trois jours, quelquefois même brusquement, dans les cas les moins sévères. Cette chute de la fièvre ne s'accompagne pas de sueurs, mais d'une diurèse abondante. L'appétit revient rapidement.

Lorsque la fièvre est tombée, on diminue la dose quotidienne et l'on donne 12, puis 10 grammes d'acide lactique ; on en prescrira encore 5 grammes pendant les premiers jours de l'alimentation.

Sur le traitement de la tuberculose par le sang de chèvre.

M. *Bardet* a donné lecture, à la Société de thérapeutique, d'un rapport sur un travail de M. le docteur Bernheim à ce sujet. On peut conclure qu'il n'est nullement démontré que la chèvre soit réfractaire à la tuberculose. M. Weber a même constaté la tuberculose sur une chèvre à qui l'on avait pris du sang pour l'inoculer à un tuberculeux. Le sang de la chèvre ne peut donc constituer un bon préservatif, ni un moyen de traitement de la tuberculose humaine, et il faut, une fois de plus, abandonner les espérances qu'avaient fait naître les expériences primitives.

Emploi de la quinine comme tonique cardiaque.

Les propriétés antipyrétiques de la quinine sont bien connues de tous ; mais elle n'avait pas été jusqu'ici employée à titre de médicament cardiaque. Selon M. *F. E. Hare*, elle agit sur le cœur comme un tonique puissant, en rendant les battements plus réguliers et plus énergiques. L'auteur en recommande l'emploi dans les périodes avancées de la fièvre typhoïde, dans la phtisie pulmonaire, également très avancée, dans la pneumonie fibreuse, dans la broncho-pneumonie et dans la fièvre des cas chirurgicaux. Il faudrait l'administrer par doses de 15, 25 à 35 centigrammes toutes les trois heures, chaque fois que le pouls est au-dessus de 120 par minute. A la suite de l'administration de quinine, le pouls se ralentit, mais lentement ; ainsi dans la fièvre typhoïde on constate ce ralentissement seulement vingt-quatre heures après la première dose. Ce ralentissement n'est pas passager, mais dure deux à trois jours.

REVUE DE CHIRURGIE

I. — Traitement des produits tuberculeux par le chlorure de zinc.

Le professeur Lannelongue vient de faire connaître les résultats de recherches entreprises avec le Dr Achard sur une nouvelle méthode de traitement des produits tuberculeux ; il ne s'agit pas d'un remède spécifique visant spécialement et uniquement le bacille en le détruisant dans un délai rapide ; il s'agit de l'emploi d'un agent chimique, jouissant de propriétés spéciales à l'égard des tissus vivants ; cet agent antiseptique assez puissant est le chlorure de zinc.

La lésion que produit le bacille tuberculeux étant presque toujours localisée en une place déterminée de l'organisme, c'est en ce lieu que doit s'exercer avec le plus de succès toute action médicatrice ; il semble qu'on imite de tous points le travail naturel de guérison si on parvient à transformer en tissu fibreux, en un tissu représentant

les cicatrices ou le processus curatif de presque toutes les altérations organiques, le tissu morbide composé d'éléments destinés à dégénérer presque toujours et à devenir, dans l'immense majorité des cas, des foyers d'infection pour les parties voisines d'abord, pour les régions plus éloignées ensuite, pour l'économie tout entière enfin.

En un mot, la méthode a pour but de scléroser le tissu tuberculeux quel qu'en soit le siège ; elle cherche la condition qui semble la plus contraire à l'existence du bacille, puisque cet agent disparaît ou se montre impuissant lorsqu'elle se trouve réalisée.

La méthode que préconise le professeur Lannelongue consiste à faire pénétrer l'agent thérapeutique, choisi pour des raisons spéciales, non point dans les fongosités, ni dans les foyers tuberculeux, mais en dehors d'eux et autour d'eux seulement. La constitution anatomique et le mode d'accroissement des foyers tuberculeux viennent tout d'abord plaider avantageusement en sa faveur. En effet, tandis qu'à la périphérie de ces foyers se trouvent les processus les plus récents et jeunes, on ne rencontre au centre que des produits d'un autre âge et dégénérés, frappés de mort ou en voie de nécrobiose. Cela revient à dire que la fonction bacillaire s'accomplit toujours excentriquement et que les tissus normaux formant la limite du foyer morbide sont comme une matrice élaborant sans cesse, sous l'incitation du bacille, les néoplasmes tuberculeux qui se propagent de la sorte de proche en proche et par continuité de tissu.

Il faut donc avant tout modifier la couche périphérique où se fait l'ensemencement ; mais il est aussi essentiel d'opérer la transformation de la couche farcie de tubercules où le bacille est en plein travail. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que la zone où siègent les altérations spécifiques reçoit ses vaisseaux, c'est-à-dire les éléments de sa nutrition, de la couche périphérique qui se continue avec elle.

Les expériences faites par MM. Lannelongue et Achard leur ont montré que le chlorure de zinc produit une transformation fibroïde remarquable dans les tissus normaux des animaux ; on obtient les mêmes effets sur les tissus altérés, sur le tissu tuberculeux en particulier. De plus, l'évolution ultérieure accuse une tendance marquée de ces tissus scléreux à se transformer en un tissu conjonctif plus lâche. Il en résulte que les parties reprennent leur souplesse et leur forme et que les fonctions des organes locomoteurs se trouvent conservées en entier ou tout au moins dans les limites où elles existaient au début du traitement.

— Voici quelle est la technique de la méthode employée par le professeur Lannelongue. — Le principe est d'agir sur la zone des tissus la plus voisine des fongosités et des néoplasmes tuberculeux, c'est-à-dire sur les parties qui contiennent les vaisseaux alimentant les tissus tuberculeux.

Il est facile dans la plupart des articulations et possible dans presque toutes de créer le tissu inodulaire dur et compact à la surface et dans les fongosités. Pour cela il convient de porter le médicament à la limite des fongosités et de l'y déposer à la dose voulue en établissant un certain nombre de points de contact ; grâce à ses propriétés diffusibles, les effets ne tardent pas à se montrer bien au delà du lieu de son application.

Sauf quelques cas exceptionnels, M. Lannelongue ne se sert plus guère que de solution de chlorure de zinc au 1/10e ; il en dépose de deux à trois gouttes sur un point déterminé ; l'opération est répétée plusieurs fois, soit par la même piqûre en dirigeant autrement l'aiguille, soit en faisant plusieurs piqûres. On arrive en une séance à déposer ainsi de six, huit, dix à quinze ou vingt gouttes dans une région articulaire.

En prenant le genou comme type il sera facile ensuite d'indiquer pour les autres articulations les modifications de détail, relevant uniquement de particularités anatomiques. Chaque région de la synoviale doit être considérée à part, doit être traitée isolément. Le cul-de-sac supérieur et les latéraux qui lui font suite accusent nettement leurs contours ; on enfonce une aiguille au-dessus du cul-de-sac supérieur, de manière à atteindre le fémur au niveau de la réflexion de la synoviale, et on dépose la solution sur le fémur même au point indiqué au-dessus ou au-dessous du périoste. On cherche même toujours à injecter sous le périoste. Il est ainsi déposé en quatre ou cinq piqûres profondément sur la demi-circonférence du cul-de-sac supérieur, huit à dix gouttes de solution pour le genou d'un enfant de dix ans ; il faudrait un tiers en plus ou près du double pour un adulte.

Les parties sous-rotuliennes de la synoviale, de chaque côté du ligament rotulien, sont aussi accessibles, mais il importe ici de procéder avec méthode. On prend le quartier de synoviale placé au-dessous de la rotule, au devant du ligament rotulien. On enfonce l'aiguille sur le bord de la rotule, et on la dirige parallèlement au bord du ligament rotulien, un demi-centimètre à un centimètre en dedans de ce bord ; on laisse ainsi tomber deux gouttes de solution ; il importe ici, pour éviter une eschare, de faire que l'aiguille soit sous l'aponévrose, c'est-à-dire bien engagée dans la couche superficielle des fongosités ; on peut incliner l'aiguille et faire une seconde injection plus en dedans, et, pour rendre la transformation plus rapide et plus sûre, on injecte la même quantité parallèlement au bord supérieur de l'épiphyse du tibia, au niveau de la réflexion de la synoviale sur ce bord. On n'oubliera pas que cette réflexion est très près du bord antérieur de l'épiphyse du tibia.

On procède de la même façon pour le quartier externe de la synoviale sous-rotulienne. On n'oubliera pas d'ailleurs que ces régions sont souvent moins fongueuses que le cul-de-sac supérieur et que surtout les parties postérieures de la synoviale des régions externes ou internes au niveau du tibia sont beaucoup moins altérées d'habitude que le reste de cette membrane. On arrive ainsi jusqu'aux parties postérieures de la synoviale qu'on peut atteindre de la même façon.

A l'articulation tibio-tarsienne, on procédera à des injections : en avant, sur le bord antérieur du tibia au-dessous des extenseurs, en enfonçant l'aiguille sur le bord antérieur du tibia sous les tendons et l'on ne se préoccupera point des gaines tendineuses qui sont d'ailleurs souvent atteintes. En dedans on injectera au-dessous et dans la malléole et le long de cette saillie osseuse en arrière et surtout le long du tendon d'Achille. Dans ces régions on doit enfoncer l'aiguille sous l'aponévrose et pénétrer au moins dans les fongosités, à leur périphérie. Enfin, on termine de la même manière en dehors.

Nous ne pouvons donner pour chaque articulation la description du procédé opératoire ; qu'il suffise seulement d'énoncer les règles auxquelles

il convient d'attacher quelque importance :

1° On évitera d'injecter la solution dans la cavité articulaire ;

2° Les injections auront lieu dans les régions d'où les synoviales tirent leurs vaisseaux, c'est-à-dire, avant tout, sur les os au niveau des culs-de-sac, là où se trouvent ordinairement les vaisseaux articulaires et aussi ceux qui viennent des épiphyses, puis on injectera les fongosités le long des gros ligaments qui alimentent encore les régions voisines des synoviales ;

3° On ne doit pas avoir la crainte des artérioles. M. Lannelongue a la conviction d'avoir traversé la radiale dans un cas, l'artère tibiale postérieure derrière la malléole interne dans un autre cas, sans qu'il en soit résulté un inconvénient quelconque. Cependant, il vaut mieux éviter ces vaisseaux, ainsi que les nerfs qui peuvent les accompagner.

4° On se gardera de faire les injections immédiatement sous la peau et l'on se rappellera que les synoviales sont, dans toutes les régions, séparées des couches sous-cutanées par un plan aponévrotique au moins. Lorsque les fongosités se rapprocheront des téguments, on déposera le liquide dans les couches les plus superficielles des fongosités et, de préférence, au niveau des points réfléchis.

5° Après avoir essayé successivement les solutions au 1/40°, au 1/20e, au 1/15e et au 1/10e, M. Lannelongue recommande les solutions au 1/10e pour les fongosités articulaires. Avec cette solution les effets sont plus prompts et plus étendus ; la réaction locale est plus intense, mais elle n'aboutit pas à l'abcès. On n'obtient pas d'eschares dans les injections profondes, les eschares superficielles sont rares, minimes et de peu d'importance ; on doit cependant chercher à les éviter.

M. Lannelongue a injecté deux ou trois gouttes d'une solution au 1/40° dans les poumons et il conseille la solution au 1/20e autour de l'épididyme ou dans les doigts du spina-ventosa. Les solutions au 1/10° conviennent aux tuberculoses costales, iliaques, etc., de même qu'aux adénites tuberculeuses.

Cette dernière variété de tuberculose, traitée par le chlorure de zinc, donne des résultats différents, suivant l'état anatomique des lésions. Lorsqu'on se trouve en présence de ganglions tuberculeux hypertrophiés, sans foyers caséeux, les injections à la périphérie des ganglions et à la surface de ces organes paraissent amener une modification assez prompte ; le ganglion contracte des adhérences avec les parties voisines et diminue insensiblement de volume une fois la réaction passée. Au contraire, si les ganglions sont le siège de foyers caséeux, d'amas disséminés, le traitement provoque une irritation qui conduit à un abcès. Enfin, les abcès tuberculeux ganglionnaires seront traités, comme les abcès des parties molles, par un lavage abondant à l'eau stérilisée, et les injections périphériques ;

6° Il vaut mieux n'injecter que de petites quantités à la fois ; deux gouttes par exemple, et multiplier les surfaces de contact ;

7° La méthode sclérogène me paraît devoir être essayée dans certaines arthrites autres que les synoviales tuberculeuses, les arthrites sèches, par exemple. M. Lannelongue y a eu recours pour une malade atteinte de cancroïde de la face ; le résultat immédiat fut frappant, mais la récidive a été prompte. La méthode étant inoffensive, on pourrait peut-être l'employer, à titre d'essai, dans le sarcome du sein ;

8° Il va de soi qu'avant d'appliquer la méthode, on doit redresser les membres et veiller à leur conserver une bonne attitude pendant la période de réaction. Pour aider le dégorgement des parties il est utile de faire souvent de la compression ouatée, c'est-à-dire élastique, deux ou trois jours après les injections ;

9° Si l'on s'apercevait après un certain temps d'observation que la transformation est incomplète, ou même s'il survenait plus tard une récidive, on a toute facilité pour recourir à de nouvelles injections.

M. Lannelongue a fait connaître en même temps les premiers résultats de cette méthode thérapeutique. Vingt-trois malades ont été soumis au traitement, mais on n'en peut compter que 22, parce que l'un des patients, déjà traité par la lymphe de Koch, a été repris par sa famille après la première injection.

Les 22 autres se décomposent ainsi : 8 ostéo-arthrites tuberculeuses du genou, 5 arthrites du cou-de-pied, 1 arthrite du coude, 2 plaques fongueuses du thorax avec lésion probable des côtes, 1 sujet atteint de spina ventosa, 3 malades atteints d'adénites tuberculeuses cervicales multiples, 2 tuberculoses pulmonaires. Ces deux derniers sujets ont bien supporté les injections, mais elles sont trop récentes pour qu'on puisse parler des malades. Chez les 20 autres malades, l'évolution du processus provoqué accuse invariablement une tendance réparatrice des plus manifestes, mais pour mieux l'apprécier on doit diviser les faits en trois groupes : 1° tuberculoses non suppurées et non ouvertes ; 2° tuberculoses suppurées et non ouvertes ; 3° tuberculoses suppurées et ouvertes.

1° *Tuberculoses non suppurées et non ouvertes.*— Ce groupe comprend 6 genoux, 2 plaques fongueuses thoraciques, 1 coude, 1 adénite, 1 cou-de-pied, en tout onze cas. La sclérose des fongosités a été obtenue promptement. Deux sujets atteints de tumeur blanche au genou se lèvent et marchent toute la journée depuis un mois ; les fonctions sont complètes et la forme elle-même est à peu près rétablie. Un autre sujet injecté depuis moins longtemps se lève ; sur les trois derniers genoux, un est sur le point de marcher, les deux autres n'ont été injectés que le 4 et le 13 juin ; l'un de ces derniers sujets n'a été injecté qu'une fois. La transformation de la synoviale est accomplie dans tous ces cas.

Les deux malades atteints de tuberculose thoracique ont depuis longtemps quitté l'hôpital et rien n'est survenu depuis deux mois. Le coude jouit de tous ses mouvements et l'arthrite tibio-tarsienne attend qu'on lui permette de se lever. Le ganglion traité gros comme une noix a un volume réduit des 3/4 et il adhère aux tissus voisins.

2° *Tuberculoses non ouvertes et suppurées.* — Ce groupe contient 2 tumeurs blanches du genou, 2 tibio-tarsiennes, 1 spina ventosa, 2 adénites, en tout 7 cas. La sclérose est complète aux deux genoux ; chez l'un des malades, M. Lannelongue a réséqué une partie de la synoviale et chez l'autre il a dû gratter un noyau fémoral ; les tumeurs blanches tibio-tarsiennes, injectées seulement le 19 et le 23 juin, sont dans la meilleure voie. Le spina ventosa est guéri. Le traitement a révélé de la suppuration et de gros foyers caséeux dans les adénites. On a ouvert les foyers purulents

et extirpé divers ganglions ; les sujets sont guéris.

3° *Tuberculoses ouvertes*. — Ce troisième groupe comprend deux ostéo-arthrites tibio-tarsiennes, toutes les deux à une phase avancée, l'une étant un cas évident d'amputation. Le traitement de cette dernière a commencé le 15 mai ; elle est transformée en grande partie et en bonne voie ainsi que l'autre.

Tels sont les résultats obtenus en peu de temps ; recherchons maintenant ce que peuvent valoir les guérisons. Est-ce bien guérison qu'il faut dire et cette guérison est-elle définitive ?

Un examen sérieux des jeunes malades atteints de lésions graves du genou, par exemple, ne permet-il pas de considérer comme guéris ceux dont les parties ont retrouvé leurs fonctions et presque leur forme, qui ne ressentent aucun phénomène anormal, qui marchent toute la journée, dont le développement général se fait bien et avec régularité ; dont le poids augmente progressivement, qui vivent enfin de la vie commune des autres enfants. Une opinion presque unanime les ferait considérer comme guéris. Et pourtant, malgré ces faits et ces apparences, on ne saurait trop apporter de réserve dans la conclusion.

La guérison, dans l'espèce, c'est la disparition du bacille et cette disparition, on ne peut pas l'affirmer d'une manière absolue.

Cependant, tout porte à croire qu'une transformation totale d'un tissu tuberculeux en tissu fibreux est difficilement compatible avec la vie du bacille et chez quelques malades celui-ci garde depuis deux mois et plus un silence de mort.

La constitution du nouveau tissu diminue, en tout cas, les sources de l'infection, car il est depuis longtemps avéré que les foyers tuberculeux, mous et imprégnés de liquides ou de sucs sont de beaucoup les plus dangereux pour les régions voisines et l'économie entière.

(*A suivre.*)

REPORTAGE MÉDICAL

La *Revue de clinique et thérapeutique* publie ce qui suit :

Nous recevons la lettre suivante que notre habituelle impartialité nous fait un devoir de publier avec plaisir :

C. E.

Paris, 28 juillet 1891.

MON CHER COLLÈGUE,

Dans le numéro de la *Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique* du 8 juillet, vous avez écrit ce qui suit :

....

« Ce jugement condamne l'usurpation de nom, celle-ci est plus exceptionnelle que celle du titre.

« Cependant, il y a quelquefois, comme cela, usurpation de l'un et de l'autre, ailleurs même que sur les parois des vespasiennes. On peut en citer quelque exemple, sous forme d'une vedette en tête de feuilles périodiques, et de plus avec adjonction d'une particule fort peu nobiliaire ; mais qui d'ailleurs est d'emprunt comme le nom propre qu'elle précède et le titre qu'elle suit.

« Ce jugement sera donc au besoin pour les syndics de la presse médicale une excellente occasion, nous l'espérons, d'intervenir et de montrer leur souci de la bonne réputation professionnelle de ceux qu'ils représentent.

« Pour aujourd'hui nous prenons la liberté de le rappeler à leur vigilance. Nous avons toujours pensé que la mission des syndicats professionnels ne consiste pas seulement dans des banquets périodiques. Nous espérons que nous ne nous sommes point trompés. »

....

Comme *syndic de la presse médicale*, je me fais un devoir de protester contre des imputations contraires à la vérité et d'affirmer d'une façon absolue que, conformément à l'article V de nos statuts, tous les membres du syndicat, *sans exception*, sont pourvus du titre de docteur en médecine français. Aucun d'entre nous n'a donc usurpé le titre de docteur.

En ce qui concerne l'usurpation de nom, s'il en est parmi nous qui écrivent, ou qui dirigent des fouilles périodiques sous un nom qui n'est pas le leur propre, ils ne font en cela qu'user de leurs droits, et quand ils font précéder leur pseudonyme de la qualité de docteur, ils accolent légalement à ce pseudonyme un titre qui leur appartient et qu'il ont obtenu régulièrement devant une faculté de médecine de l'Etat.

Je vous prie, mon cher collègue, de vouloir bien publier intégralement le texte de ma lettre, dans le plus prochain numéro de votre journal et de recevoir l'assurance de mes sentiments dévoués.

CORNIL.

— Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officiers. — MM. les docteurs Bourgoin, Nachtel, Peyron, Terrier (de Paris).

Chevaliers. — MM. les docteurs E.-V. Barré, Baudot, F. Brémont, Cuffer, Hutinel, A. Joffroy, Métivier, Rigal (de Paris) ; Roustan (de Cannes) ; P.-E. Larquier (d'Arthenac) ; Borne (d'Hérimoncourt) ; Chavanne (de Lyon) ; Uhlmann (de Mascara).

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY,

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Treizième année — N° 31 — 1er Août 1891

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Gommes syphilitiques des amygdales.

Les gommes des amygdales constituent une manifestation relativement rare de la période tertiaire de la syphilis.

Il n'y a rien de précis quant au temps que met cette affection à apparaître après l'infection syphilitique.

C'est surtout aux âges extrêmes que l'intervalle entre le chancre et la gomme est de courte durée. D'autre part, c'est à l'époque moyenne de l'existence que les gommes paraissent plus fréquentes; les hommes seraient plus souvent atteints que les femmes (2 pour 1). On observe les gommes aussi souvent sur l'amygdale droite que sur l'amygdale gauche.

Parmi les causes occasionnelles, le tabac et l'alcool sont deux facteurs importants ; il faut également accorder une influence nocive aux maladies antérieures à localisation particulière sur l'amygdale (dipthérie, angines aiguës,.. etc...) ainsi qu'à la constitution générale de l'individu, aux prédispositions héréditaires ou acquises, et à l'absence ou à l'insuffisance de traitement dans la première période de la diathèse.

Les symptômes subjectifs sont : d'abord une sensation de gêne à laquelle peut succéder une vive douleur qui revêt les caractères d'une angine aiguë. Cette douleur peut gagner l'oreille et s'étendre à toute la région de la tempe du même côté. En même temps il peut exister de la difficulté de la respiration et de la déglutition. Il faut prendre en grande considération l'amaigrissement parfois considérable dont sont atteints les malades, car il peut avoir une influence marquée sur la marche ultérieure de l'affection.

L'évolution des lésions gommeuses de l'amygdale comprend 3 stades : 1° stade d'infiltration ; 2° stade de ramollissement ; 3° stade d'ulcération (aspect bourbillonneux), d'élimination, de cicatrisation.

Le diagnostic est quelquefois difficile ; l'hypertrophie simple des amygdales, les amygdalites inflammatoires, le cancer, la tuberculose, etc., pourront prêter à confusion.

Le traitement sera dans tous les cas un bon moyen de diagnostic.

La terminaison est ordinairement favorable. Cependant il ne faut pas oublier que la mort a pu survenir par ulcération de la carotide.

L'iodure de potassium associé ou non au biiodure de mercure formera la base du traitement général. Si la gomme est ulcérée, des attouchements avec une solution de nitrate d'argent au 1/5, au 1/10, ou avec une solution de nitrate acide de mercure au 1/50, au 1/30, au 1/20 ou encore avec de la teinture d'iode donneront d'excellents résultats (mémoire du Dr NATIER).

Tuberculine dans le liquide de la pleurésie tuberculeuse.

Au mois d'avril dernier, M. Debove annonçait qu'il avait découvert de la tuberculine dans le liquide d'une péritonite tuberculeuse. Or, dans le liquide des pleurésies dont la nature tuberculeuse est reconnue par l'inoculation au cobaye, on peut retrouver la même substance. MM. Debove et J. Renault ont injecté ce liquide, après l'avoir stérilisé, à un malade atteint de lupus. La première injection fut de 10 centimètres cubes : bientôt la température s'éleva de 1 degré, le lupus rougit, se tuméfia et donna une exsudation abondante.

Il y eut donc à la fois réaction générale et réaction locale. Une deuxième injection, de 20 centimètres cubes, amena une température de 40°, une congestion intense au sommet des deux poumons et une exsudation abondante.

Les épanchements tuberculeux des cavités séreuses contiennent donc un principe analogue à la tuberculine, puisqu'ils produisent chez les tuberculeux les mêmes effets que la lymphe de

Koch, alors que ces effets ne sont pas produits par d'autres sérosités, telles que celle de l'ascite cardiaque, par exemple.

En outre, les tuberculeux seuls éprouvent les réactions après les injections. M. Debove a pu injecter 40 centimètres cubes de liquide (bien stérilisé) chez un individu sain sans lui faire éprouver le moindre inconvénient.

Le résultat thérapeutique que l'on peut retirer de ces injections est à peu près nul. Ainsi elles furent continuées, chez le malade atteint de lupus, pendant un certain temps. Le lupus sembla d'abord s'améliorer, mais, depuis six semaines que le traitement a été interrompu, il a repris à peu près son aspect primitif.

De ces expériences de M. Debove on peut rapprocher celles que MM. Ch. Richet et Héricourt font actuellement sur la toxicité des substances solubles des cultures tuberculeuses. L'inoculation de ces substances solubles à de nombreux lapins, sains ou tuberculeux, a démontré à ces auteurs que les cultures tuberculeuses contiennent une substance qui est toxique pour les lapins tuberculeux et inoffensive pour les lapins sains.

Les sels de strontiane.

M. *Laborde* a présenté à l'Académie de médecine une longue et intéressante étude sur les sels de strontiane. En voici les conclusions :

1° Contrairement à l'opinion généralement répandue jusqu'alors, surtout chez les chimistes, et suggérée à priori par le voisinage chimique de la baryte et de la strontiane, cette dernière est dénuée de toute toxicité ; on peut la donner à des doses relativement considérables, non seulement sans provoquer le moindre accident, mais en produisant, au contraire, des effets favorables à la nutrition générale.

2° Ces effets se traduisent chez les animaux par une augmentation de l'appétit et un accroissement de poids ; les phénomènes d'assimilation et de nutrition sont considérablement facilités.

Ces mêmes effets se produisent chez l'homme, ainsi que M. Laborde a pu s'en assurer dans de nombreux cas.

3° Dans les conditions identiques d'observation expérimentale, les composés similaires de potasse provoquent une intolérance de l'organisme qui contraste avec l'innocuité, et surtout avec l'action bienfaisante de la strontiane, et les fait d'autant mieux ressortir que la potasse ne peut être administrée qu'à faible dose.

4° La strontiane paraît, de plus, exercer une action conservatrice et antiputride sur les tissus, les liquides et les excreta organiques ; son élimination par les matières fécales et sa présence dans l'intestin sont incompatibles avec l'existence du tænia, ce qui indique un pouvoir parasiticide en rapport avec l'action antiputride.

5° En conséquence de son action sur l'organisme, la strontiane paraît se comporter comme les médicaments nutritifs et reconstituants ; le phosphate de strontiane semble surtout devoir être employé.

6° Enfin le lactate de strontiane, en particulier, favorise notablement l'excrétion urinaire en conservant à l'urine la clarté et la limpidité que lui enlèvent habituellement les sels de potasse.

M. *Gautier* fait remarquer que les sels de strontiane que l'on trouve dans le commerce ne sont jamais chimiquement purs ; ils contiennent au contraire presque toujours des sels de baryum. Or si la strontiane pure est inoffensive, ceux-ci, par contre, sont extrêmement dangereux puisqu'à la dose de 5 milligrammes ils sont très toxiques.

Cette remarque était importante, puisque, à l'heure actuelle, on utilise les sels de strontiane pour déplâtrer les vins et transformer les vins du Midi en vins de Bordeaux. Il y a là, outre une fraude, un danger incontestable qu'il était bon de signaler.

Traitement de la tuberculose par les inhalations d'air ozonisé.

Les inhalations d'ozone ont donné à MM. *Donatien Labbé* et *Oudin* d'excellents résultats dans le traitement de l'anémie. On voit, en effet, les malades recouvrer rapidement leurs forces, et des analyses répétées de leur sang démontrent que chez eux la quantité d'hémoglobine tend à revenir au chiffre normal après avoir été plus ou moins bas au-dessous de ce chiffre.

En partant de l'idée que l'ozone est en même temps un antiseptique et un comburant, MM. Labbé et Oudin ont été amenés à employer ce gaz en inhalations dans la tuberculose pulmonaire. Ils viennent présenter à l'Académie de médecine les résultats obtenus, qui ont été des plus satisfaisants si l'on en juge par les chiffres suivants : sur 38 tuberculeux dont 7 au 1er degré, 23 au 2e et 8 au 3e, on peut considérer comme guéris, ne toussant plus depuis plus d'un an, 13 malades dont 7 au 1er degré et 6 au 2e. 19 malades ont été très améliorés, dont 16 au 2e degré et 3 au 3e. Chez ces 19 malades on trouve encore des signes stéthoscopiques mais très atténués et de plus l'état général est parfait. Enfin 6 malades ont succombé, mais ils étaient déjà arrivés, avant tout traitement, à un état de cachexie avancée.

Tous ces malades ont été suivis avec soin, on les a pesés avant et plusieurs fois pendant le traitement ; l'oxyhémoglobine de leur sang a été dosée à plusieurs reprises à intervalles réguliers ; on a mesuré leur capacité respiratoire ; l'examen bacillaire des crachats a été fait régulièrement.

Les faits avancés par MM. Labbé et Oudin seraient donc des plus concluants. L'Académie de médecine les a soumis, avant de se prononcer, au contrôle d'une commission composée de MM. Hérard et Villemin.

Inoculations préventives de la fièvre jaune.

Depuis 1883 M. *Domingos Freire*, de Rio de Janeiro, pratique des inoculations préventives de la fièvre jaune ; c'est une sorte de vaccination faite avec des cultures atténuées du microbe de cette maladie. Depuis cette époque M. Domingos Freire a continué ses expériences et les résultats confirment de plus en plus l'action prophylactique des cultures et, par conséquent, la spécificité du microbe cultivé. En effet, les inoculés présentent tous, quelques heures après l'inoculation, le tableau symptomatique d'une fièvre jaune atténuée : frissons, céphalalgie sus-orbitaire, élévation de la température à 38 ou 39°, rachialgie, injection des conjonctives, malaise général, nausées et même vomissements. Le point d'inoculation (région deltoïdienne) devient rouge au bout de 48 heures et il s'y produit une tache jaune envahissant par-

fois le bras tout entier. Il y a eu, en outre, plusieurs cas d'ictère généralisé semblable à celui que produit la fièvre jaune elle-même.

Tous ces phénomènes, d'ailleurs, sont en rapport avec le degré de virulence des cultures vaccinantes. M. Domingos Freire emploie d'ordinaire des cultures de 4e et de 5e génération qui donnent une réaction suffisante. Mais pendant l'épidémie de 1888-1889, dont l'intensité fut exceptionnelle, il employa des cultures de 2e et de 3e générations, afin de fournir aux inoculés une résistance proportionnelle à la violence de l'épidémie. Avec seulement 3 ou 4 dixièmes de centimètre cube de ces cultures on observa alors, dans plusieurs cas, des réactions tellement intenses qu'elles pouvaient être prises pour la fièvre jaune elle-même. Il n'y aurait jamais eu d'accidents cependant, tous les symptômes graves disparaissant en 48 heures sans intervention thérapeutique.

De 1883 jusqu'en 1890, M. Domingos Freire a pratiqué plus de 10.000 vaccinations. La mortalité des individus non vaccinés aurait été dix fois plus forte que celle des vaccinés dans les diverses épidémies.

M. Domingos Freire a été nommé, au mois de décembre dernier, directeur d'un Institut fondé par le gouvernement brésilien pour la préparation du vaccin de la fièvre jaune et pour l'étude des maladies infectieuses en général.

Péritonite chronique guérie par la laparotomie.

On sait que la laparotomie a été pratiquée dans des cas de péritonite tuberculeuse avec un succès assez souvent inespéré.

Le mode d'action de la laparotomie est, dans ces cas, absolument inconnu. Henoch, de Berlin, s'est demandé si la lumière qui pénètre dans la cavité abdominale pendant l'opération n'a pas une heureuse influence.

En tout cas, et quelle que soit la nature des phénomènes qu'elle produit, la laparotomie a une action incontestable.

Henoch vient de démontrer, à la *Réunion des médecins de la Charité* de Berlin, que cette action est efficace non seulement contre la péritonite tuberculeuse, mais aussi dans les cas de péritonite chronique simple.

Une fillette de 5 ans, à la suite d'une chute dans un escalier, avait eu une ascite abondante. Henoch, en raison du bon état général de sa petite malade, diagnostiqua une péritonite chronique non tuberculeuse. En effet, l'injection de 0,7 milligrammes de tuberculine à l'enfant ne provoqua aucune réaction. On fit d'abord plusieurs ponctions qui permirent de retirer une grande quantité de liquide, mais l'épanchement ascitique se reproduisit chaque fois assez rapidement.

Pensant que la laparotomie agirait dans ce cas comme dans la péritonite tuberculeuse, Henoch confia l'enfant à Bardeleben qui fit l'opération. Les suites furent aussi bénignes que possible. Il se reproduisit d'abord un peu de liquide qui disparut spontanément. Actuellement la fillette est complètement guérie.

Injections sous-cutanées d'arsenic.

M. *Mayer* a pratiqué, suivant la méthode de Hammond, des injections sous-cutanées d'arsenic, et il a constaté que le médicament est ainsi moins toxique que lorsqu'on l'administre par la bouche.

Administré par la bouche, en effet, l'arsenic se localise dans l'estomac, le foie et la partie supérieure de l'intestin. Introduit sous la peau, il entrerait dans la circulation générale, sans s'arrêter dans le foie qui est incontestablement le lieu électif des sels minéraux.

Il faut remarquer que la liqueur de Fowler est impropre aux injections sous-cutanées ; elle produit une irritation du tissu conjonctif par la présence d'acide arsénieux libre. Il faut donc employer une solution d'arseniate de soude qui est stable et qui ne produit pas plus d'irritation que l'injection d'eau pure.

(*Weekly medical Review.*)

Suggestibilité des enfants.

A la séance de la Société d'hypnologie, M. *Bérillon* a attiré l'attention sur la suggestibilité des enfants. Ce point mérite plus qu'un intérêt scientifique, il peut avoir son importance médico-légale.

Il ressort de ces expériences que sur 10 enfants choisis indistinctement dans toutes les classes de la société, 8 sont capables d'être endormis dès la première séance ou dès la seconde. Mais, phénomène assez singulier, c'est auprès des enfants qui présentent les tares héréditaires nerveuses les plus accusées, qu'on rencontre le plus de difficultés pour arriver au sommeil. En ce qui concerne la suggestion hypnotique il en est de même ; les hystériques se montrent parfois peu suggestifs, tandis que les épileptiques, au contraire, le sont et à un haut degré. Les enfants sans tare héréditaire, bien portants et vigoureux, sont en général très suggestibles et très hypnotisables, et M. *Bérillon* conclut que l'on ne s'avance pas trop en disant que plus des deux tiers des enfants peuvent être hypnotisés profondément dès la première séance. Se basant sur ces résultats, M. Bérillon conseille de recourir à la suggestion pour lutter contre un certain nombre de symptômes tels que : les insomnies et les terreurs nocturnes, la kleptomanie, l'onanisme, les tics, l'incontinence d'urine...., etc....

Limitée aux suggestions simplement utiles et faites dans un but strictement thérapeutique, cette pratique semble, à M. Bérillon, exempte de tout danger et féconde en résultats.

MÉDECINE PRATIQUE.

Thérapeutique et pathogénie de la lithiase biliaire.

Le plus riche en carbone des composés organiques, la cholestérine, a une double origine : elle provient pour une faible partie de l'alimentation ; on en trouve dans les graines des légumineuses et des céréales ; elle est surtout dans l'organisme animal ; elle existe dans la bile, dans le sang, dans la substance nerveuse, dans le jaune d'œuf, dans l'intestin et les matières fécales, elle se rencontre surtout dans les tissus en voie de formation, à la constitution desquels elle prend part ; elle contribue à la combustion ; c'est aussi un produit de désassimilation.

On n'est pas encore bien fixé sur le mécanisme

de sa production ; il en existe dans le sang et dans les tissus ; mais, comme les globules en contiennent plus que le sérum, il est peu probable que le sang la reçoive en majeure partie des tissus ; on a le droit de se demander si ce n'est pas le sang qui la livre aux tissus. Il se peut aussi que les tissus la fabriquent et en cèdent une part au sang. A. Flint, en montrant que le sang des veines cérébrales contient plus de cholestérine que celui des artères a prouvé que ce corps est un déchet du tissu nerveux. Le foie en contient, cela est naturel, puisqu'il est un lieu de destruction des globules sanguins ; mais la cholestérine mise en liberté dans le foie n'en sort pas par le sang ; les veines sus-hépatiques en contiennent moins que la veine porte ; c'est par la bile que la cholestérine s'élimine.

Bien qu'il entre de la cholestérine en abondance dans certains éléments anatomiques et dans certaines humeurs, elle y est toujours à l'état de dissolution. Sa précipitation est empêchée dans les tissus par son mélange avec la lécithine, et dans les humeurs par la présence de certains sels alcalins, des savons de potasse et de soude, dans la bile notamment par les sels biliaires. Cette action dissolvante des sels biliaires sur la cholestérine ne s'opère d'ailleurs que dans un milieu alcalin.

Si la chaux vient à se montrer en proportion notable dans un milieu contenant de la cholestérine, celle-ci se précipite, car la chaux s'empare des acides gras pour former des savons insolubles, et des acides biliaires pour former des cholates insolubles. Or la présence d'acides organiques en excès dans l'organisme, qu'ils soient produits en trop grande abondance ou qu'ils ne soient pas brûlés, a pour effet de dissoudre la chaux des éléments anatomiques.

Enfin, si la cholestérine est en trop grande quantité dans une humeur, elle s'y précipite, malgré la réunion des autres circonstances favorables à sa dissolution. Cette condition pourra être réalisée par la stagnation de la bile, qui deviendra plus concentrée.

Or la bile, si l'on évalue avec J. Ranke de 840 à 1,200 grammes la quantité excrétée par un homme adulte de 60 kilogrammes, contient 2 à 3 grammes de cholestérine et 10 à 15 grammes d'acides biliaires. Si la production de la cholestérine augmente dans l'organisme et si celle des acides biliaires diminue, si la bile devient acide, si la chaux augmente, si la bile cesse de couler, la cholestérine se précipite dans les voies biliaires d'excrétion, vésicule et canaux ; tel est le mécanisme de la formation des calculs dans les voies biliaires, de la lithiase biliaire.

Les concrétions peuvent être des cristaux libres et flottants dans la bile ; si ces cristaux s'agglomèrent autour de quelque matière solide formant centre de cristallisation, des calculs plus ou moins volumineux sont constitués.

La lithiase biliaire peut donner naissance au phénomène douloureux appelé colique hépatique, si les concrétions blessent les canaux qu'elles traversent à cause de leurs dimensions ou de leurs aspérités. Lorsqu'elles restent confinées en quantité non excessive dans le réservoir de la vésicule, elles ne déterminent en général aucun symptôme.

Etiologie. — Les conditions étiologiques qui président à la formation des calculs biliaires sont les unes essentielles, les autres accessoires.

La lithiase biliaire est très fréquente ; il n'est presque pas de vieille femme à la Salpêtrière à l'autopsie de laquelle on ne trouve des calculs dans la vésicule, on le sait depuis Cruveilhier. Ces calculs sont extrêmement variables comme nombre et comme dimensions ; depuis un seul jusqu'à 7,000, pouvant peser de quelques milligrammes à 30 grammes, ovoïdes ou sphériques s'ils sont solitaires, anguleux s'ils sont nombreux, et pourvus de facettes qui résultent plus probablement de leur frottement réciproque (Bouchard) que de la pression (Charcot et Klebs) ; ils présentent une surface tantôt lisse, tantôt inégale, rugueuse ou mamelonnée ; de couleur blanche, brune, verte ou noire, ils sont plus souvent opaques que translucides.

Sur une coupe on voit qu'ils se composent de 3 parties : un noyau, une partie moyenne, une écorce. L'écorce est peu épaisse, et stratifiée en couches concentriques ; la partie moyenne est le plus souvent blanche, mais cristalline et radiée. Toutes deux sont constituées presque exclusivement par la superposition de dépôts de cholestérine, et la moyenne a commencé par être l'écorce ; seulement son apparence physique s'est modifiée comme il arrive dans le cas de cristallisation par voie sèche (Bouchard). Le centre ou noyau est constitué en général par une concrétion de matière colorante, bilirubine ou biliverdine, combinée à la chaux, et par des sels biliaires à acides biliaires ou à acides gras ; exceptionnellement le noyau a été formé par du mucus, par un amas de cellules épithéliales de la vésicule ou des canalicules hépatiques, par un parasite, ascaride ou distome, même par un corps étranger, comme une aiguille. Certains calculs sont formés de couches alternatives de cholestérine et de sels de chaux. Dans la bile fluide, autour des calculs, le microscope laisse voir des cristaux de cholate de chaux. La bile est souvent très verte, étant acide. Frerichs considérait l'acidité de la bile comme la condition nécessaire et suffisante de la formation des calculs.

Meckel défendait cette opinion que l'acidité découle d'une inflammation catarrhale de la vésicule par suite de la fermentation d'un mucus altéré (catarrhe lithogène). La cholécystite préalable n'est nullement démontrée ; celle qui existe chez nombre de calculeux est expliquée suffisamment par le grand nombre des calculs ou leur forme irrégulière, par l'action de traumatismes, et probablement dans certains cas par l'intervention de microbes venus de l'intestin par les voies biliaires. MM. Charrin et Roger ont du moins prouvé par l'expérimentation que la cholécystite suppurée peut être produite par le bacillus coli communis, hôte normal de l'intestin.

Dans une toute récente communication (10e Congrès de méd. int. à Wiesbaden, avril 1891), M. Maunyn (de Strasbourg) a émis, au sujet de la pathogénie de la lithiase biliaire, une série d'aperçus qui sont, dans une certaine mesure, contradictoires avec les idées exposées par nous. Suivant le rapporteur du Congrès allemand, la teneur de la bile en cholestérine (2 pour 100 des éléments solides) n'est influencée ni par l'alimentation, ni par les maladies ; elle est indépendante de la richesse du sang en cholestérine. Les deux substances qui jouent le rôle le plus important

dans la production des calculs biliaires sont les sels calciques de bilirubine et de cholestérine. La cholestérine de la bile provient surtout de la destruction de l'épithélium des voies biliaires ; le calcium de la bile proviendrait aussi de la muqueuse, mais la richesse de la bile en calcium serait tout à fait indépendante de l'alimentation. M. Maunyn rejette aussi l'hypothèse de la décomposition de l'acide glycocholique en acide chololique comme cause de la mise en liberté de la cholestérine, attendu que l'acide chololique constituerait un dissolvant de celle-ci aussi efficace, à bien près, que l'acide glycocholique.

L'influence étiologique prépondérante serait la stagnation de la bile : chez la femme, entrave au jeu du diaphragme pendant la grossesse, mode d'habillement défectueux qui comprime le foie, coudure du canal cholédoque par le prolapsus hépatique ; chez le vieillard, affaiblissement et atrophie des muscles lisses de la paroi des voies biliaires, reconnus par M. Charcot. Le noyau des concrétions biliaires serait constitué d'abord par le mélange à la bile des détritus de cellules épithéliales cylindriques, renfermant des sels calcaires qui s'unissent à la bilirubine ; la cholestérine, qui sort aussi en gouttelettes des épithéliums en voie de destruction, pénètre par infiltration au centre du noyau où elle cristallise. Le calcul s'accroît et se durcit par l'addition de carbonate de chaux que sécrète ultérieurement la muqueuse altérée. Les causes de l'*angiocholite desquamative*, qui est le point de départ de la constitution des calculs, seraient, ou l'action toxique des acides biliaires, s'exerçant sur les épithéliums devenus moins résistants quand il y a entrave à l'écoulement de la bile et à la circulation sanguine dans les parois des conduits biliaires distendus, ou l'infection par des bactéries venues du sang ou de l'intestin, la stase biliaire facilitant la pénétration du microbe dont la pullulation favorise peut-être à son tour la production des concrétions.

L'analyse des causes de la lithiase biliaire, telles que l'observation clinique les a depuis longtemps établies, nous montrera que la pathogénie précitée est parfaitement claire.

Les *femmes* et les *vieillards* sont les plus soumis à la lithiase biliaire. 24 femmes sur 31 cas (Bouchard). Le maximum de fréquence chez la femme est dans la période génitale de sa vie, depuis l'établissement de la menstruation jusqu'à la ménopause, période où, comme on l'a prouvé, les oxydations sont ralenties, la production de l'acide carbonique diminuée. Plus tard la femme vieillie ajoute à la prédisposition de son sexe celle qui frappe tous les vieillards par suite du ralentissement sénile de l'activité nutritive. M. Bouchard fait observer que c'est aussi chez la femme, pendant la vie génitale et dans la vieillesse, que se rencontre surtout l'ostéomalacie ; ainsi le même trouble nutritif qui produit des acides en excès et soustrait la chaux des tissus, peut aboutir à la précipitation de la cholestérine comme au ramollissement des os.

Quand on examine de plus près les conditions occasionnelles de la vie génitale de la femme, on note que le mariage, la grossesse, l'accouchement, la lactation signalent souvent l'apparition de la lithiase, nouveau point de contact avec l'ostéomalacie. M. Bouchard pense que le foie sur lequel influent ces divers états, soit en le troublant fonctionnellement, soit en le modifiant même anatomiquement, est l'intermédiaire entre eux, et la précipitation de la cholestérine ; son rôle n'est-il pas de métamorphoser la matière ? Il peut donc faire varier la production de la cholestérine, comme celle des acides biliaires. La glycosurie qui résulte du défaut d'utilisation du sucre et l'obésité par défaut de combustion des graisses sont aussi en rapport avec les troubles du fonctionnement du foie. Les maladies chroniques de l'utérus sont des conditions auxiliaires dans la production de la lithiase biliaire, comme elles engendrent souvent aussi l'obésité.

Viennent ensuite comme influences étiologiques la *sédentarité* professionnelle, la vie dans un *air confiné*, dans les *climats froids et humides*, toutes causes qui ralentissent la nutrition ; l'*alimentation trop copieuse*, qui introduit trop de combustible dans l'économie et ne laisse pas assez d'oxygène pour l'oxydation complète des acides organiques ; les *ennuis*, les préoccupations, tout ce qui perturbe la nutrition en général, et en particulier celle du système nerveux, peut-être parce qu'elle rend excessive la désassimilation du tissu nerveux et la mise en liberté de la cholestérine.

Le trouble nutritif qui consiste en un ralentissement des combustions, en une oxydation insuffisante des acides, peut être héréditaire ou inné. L'histoire pathologique des individus sujets à la lithiase biliaire révèle dans leur passé une fréquence incontestable des maladies suivantes : les gourmes, les poussées d'eczéma ou d'impétigo, les pseudo-exanthèmes, les érythèmes circinés ou marginés, l'urticaire, plus tard les coryzas, les bronchites à répétition, plus tard encore les eczémas durables, circonscrits, les plaques érythémateuses ou eczémateuses du pli génito-crural, les névralgies, les migraines, les lumbagos, les congestions de la tête, les céphalalgies gravatives souvent accompagnées d'épistaxis, les hémorrhoïdes, les dyspepsies durables, auxquelles peut s'ajouter la congestion du foie, enfin la gravelle, le rhumatisme aigu ou le rhumatisme chronique partiel, la goutte, l'asthme, l'obésité, le diabète.

Ce sont encore les mêmes maladies qu'on retrouve chez les ascendants. C'est l'hérédité de la diathèse, du trouble nutritif qui est évidente, car pour la lithiase elle-même elle s'observe rarement chez les ascendants des lithiasiques. Les 31 observations dont le dépouillement a été publié par M. Bouchard emportent la conviction au sujet de l'association de la lithiase biliaire aux maladies arthritiques. D'ailleurs, depuis plusieurs siècles on a reconnu certaines de ces coïncidences : celle des calculs hépatiques et rénaux avait été signalée par Baglivi, Bianchi, Morgagni ; elle a été confirmée par Fauconneau-Dufresne ; Willemin a trouvé dans le quart des cas de lithiase biliaire la coïncidence de la diathèse urique, et Sénac 3 fois sur 4. La fréquence du rhumatisme et de la goutte, de l'asthme chez les lithiasiques a été admise aussi par eux, par N. G. de Mussy.

Hygiène et régime. — Pour prévenir et guérir la lithiase biliaire nous devons nous bien rappeler les conditions pathogéniques. Les acides organiques n'étant pas brûlés, avons-nous dit, la chaux est mise en liberté, la bile devient acide ou moins alcaline et plus riche en chaux ; par suite d'une double décomposition des savons alcalins et des sels biliaires alcalins, il y a production de

savons de chaux et de sels biliaires de chaux insolubles. Une sorte de laque de matière colorante et de chaux ou un précipité calcaire sert de noyau au calcul, qui se trouve formé en majeure partie de cholestérine précipitée. Or la cholestérine est précipitée d'autant plus qu'il y a dans la bile plus de cholestérine, moins d'eau, que la bile est moins rarement expulsée, qu'il y a trop peu d'acides gras fixes, trop peu d'alcalis, trop d'acides inorganiques et trop de chaux.

Or, par le régime, nous pouvons influencer ces diverses conditions.

Il y a de la cholestérine alimentaire dans tous les tissus animaux, car tous contiennent de la lécithine ; on donnera donc, pour prévenir ou combattre la lithiase biliaire, peu de viande, surtout de sang, de cerveau ou de jaune d'œuf.

L'eau est en très forte proportion dans la bile, près de 800 grammes par jour, mais elle est en très grande partie résorbée ; elle vient surtout des boissons. On ne doit donc pas rationner trop l'eau aux lithiasiques. S'ils sont atteints de dilatation gastrique et qu'on désire réglementer la quantité des boissons prises aux repas, on peut leur faire absorber de l'eau par la voie rectale.

Pour prévenir la stagnation de la bile, on évitera des repas trop rares. 3 par jour seront pourtant suffisants ; en général on combattra la constipation, on interdira la constriction de la région hépatique.

Pour obtenir des acides gras fixes, on ne supprimera pas les graisses, mais on ordonnera des alcalis sous forme de végétaux verts et de fruits, afin de neutraliser les acides organiques qui dissolvent la chaux, mais on ne doit pas redouter les acides végétaux, parce que dans le sang leur oxydation aboutit à la formation de bicarbonates alcalins.

Pour éviter l'excès de chaux dans la bile, on se souviendra que, plus on introduit de potasse dans l'économie, moins il y a de chaux libre. On prescrira donc encore à ce point de vue les végétaux verts et les fruits, mais on interdira les eaux séléniteuses (sulfatées calciques), ainsi que les eaux minérales contenant l'acide carbonique comme élément principal, et les boissons riches en acide carbonique, vins mousseux, bière, cidre ; on pourra conseiller l'eau distillée, en ayant soin de l'aérer ; l'eau de citerne, qui a été longtemps recherchée par les calculeux, peut être aussi utile dans la lithiase biliaire que dans la lithiase rénale ou vésicale.

En résumé, le régime dans la lithiase biliaire comprendra une alimentation carnée modérée, l'abstention du jaune d'œuf, de boudin, de cervelle ; l'usage réservé du sucre et des farineux, parce que le sucre consomme l'oxygène et entrave donc la destruction des acides, parce que les farineux contiennent trop de chaux et trop d'amidon.

La graisse sera prise en quantité normale ; l'abondance des légumes verts et des fruits permettra de rétablir le volume accoutumé des aliments et le rapport entre les aliments ternaires et les substances azotées ; les eaux seront légères ; on autorisera le vin rouge et le café, sauf contre-indication provenant d'un état dyspeptique ou névropathique.

P. Le Gendre,
médecin des Hôpitaux.

REVUE DE CHIRURGIE

(*Suite*).

II. Traitement des fractures de la rotule.

M. *Chaput* a communiqué sur ce sujet une observation intéressante qui a été le point de départ d'une longue discussion sur le meilleur traitement à instituer pour les fractures de la rotule. Un malade, ayant une fracture de rotule, est traité par l'immobilisation avec des appareils plâtrés et silicatés ; au bout de six mois, on constate de l'atrophie de la cuisse, un écart de trois centimètres des fragments, une flexion à peu près nulle limitée par le fragment supérieur et une extension incomplète par suite de l'insuffisance musculaire.

Pour remédier à ces différents troubles, Chaput enleva le fragment supérieur, sans ouvrir l'articulation, après avoir incisé et décollé ce fragment supérieur. Les fonctions du membre se sont peu à peu rétablies après l'usage des bains sulfureux, de massage, d'électricité et de différents exercices, et le malade a pu reprendre son métier de camionneur.

M. *Richelot* approuve la conduite tenue par M. Chaput et pense que, dans les fractures de la rotule, l'ablation du fragment supérieur, de même que la suture, a des indications spéciales. Pour bien traiter les fractures simples, les fractures à petit écartement primitif, il faut mettre surtout en œuvre les moyens qui préviennent l'ankylose et l'atrophie musculaire, en ayant soin de maintenir les fragments en contact le plus possible. Quant aux fractures itératives, à celles qui s'accompagnent de gros épanchements, d'écartement primitif considérable et de déchirures latérales, elles sont justiciables de l'arthrotomie et de la suture : la solution de continuité est la première cause de l'impotence. La suture convient donc au traitement de *certaines* fractures de la rotule, ce ne doit pas être *le* traitement de toutes les fractures transversales de la rotule.

Tel n'est pas l'avis de M. L. *Championnière* : en effet, quelle que soit la forme de la fracture, il se fait, dans l'intervalle des fragments, des productions fibreuses qui en empêchent le rapprochement à l'aide d'un appareil quelconque. Les résultats que donnent les appareils ne sont pas comparables à ceux de la suture. Si on traite la fracture par les procédés ordinaires, on a une atrophie irrégulière, mais à peu près constante, qui peut être partiellement corrigée par des exercices ; mais, dans la majorité des cas, le membre reste faible et incapable d'accomplir une action de force.

Si, au contraire, on a recours à la suture, la réparation est bonne et non suivie d'atrophie. Dans les fractures anciennes l'atrophie disparaît même lorsque les muscles ont été réinsérés ; aussi n'y a-t-il aucune raison de supprimer le moindre fragment qui peut être très utile. Ainsi pour M. L. Championnière il n'y a qu'un traitement efficace des fractures de la rotule, c'est la suture faite avec un fil rigide et solide, un gros fil d'argent ; elle permet de guérir la contusion et l'épanchement articulaire, elle prévient toute atrophie et toute raideur et rend possible la marche au bout de trois semaines et même au bout de 10 jours. Les

traitements anciens doivent être seulement conservés pour les cachectiques et pour les sujets incapables de supporter une opération.

M. *Berger* ne peut accepter cette généralisation à tous les cas. Sans doute il est partisan de la suture parce qu'il a trop souvent constaté l'insuffisance des divers appareils de fracture de rotule, ainsi que la consolidation défectueuse et les raideurs articulaires consécutives. Cependant on ne peut nier que l'on obtienne de bons résultats avec les appareils : sauf quelques exceptions, la plupart des blessés arrivent, par différents exercices, sinon au rétablissement fonctionnel complet de leur membre, du moins à s'en servir passablement. Aussi ne doit-on pas rejeter absolument les appareils, dans la pratique rurale par exemple, où la chirurgie antiseptique n'est pas toujours réalisable. Il en est de même quand il s'agit de blessés, atteints de quelques diathèses, de diabète par exemple. Aussi, loin de rejeter complètement les appareils, vaut-il mieux chercher à les perfectionner et trouver les moyens qui en fassent disparaître les défauts. De plus, lorsqu'on se sert des appareils, il est bon de recourir ultérieurement au massage, à l'électricité, etc.

Malgré ces arguments, M. *L. Championnière* persiste à considérer la suture comme la méthode de choix parce qu'elle donne constamment de bons résultats ; tandis qu'avec les appareils il est absolument impossible de prédire quel sera l'avenir des blessés. Les bons résultats ne sont pas fréquents et on voit chaque jour des malades qui, après guérison, sont incapables de reprendre leurs travaux antérieurs.

III. De l'orchidopexie.

M. *Monod* présente un jeune malade auquel il a pratiqué avec succès cette opération.

M. G. *Marchant* fait observer que c'est une opération qui ne donne pas toujours un aussi bon résultat. Témoin l'observation d'un jeune homme de 16 ans qui fut opéré une première fois en 1887 : un chirurgien, ayant constaté l'existence d'une hydrocèle et d'une ectopie testiculaire inguinale, pratiqua la cure radicale de l'hydrocèle et la fixation du testicule au fond des bourses avec des fils de soie.

Deux ans plus tard les douleurs reparurent au niveau du scrotum : il s'était formé une hydrocèle cloisonnée et le testicule était remonté en entraînant les bourses avec lui. Un deuxième chirurgien fit alors l'opération suivante : après avoir libéré le cordon de ses adhérences dans le canal vagino-péritonéal, il pratiqua l'ablation de ce canal pour obtenir une cure radicale ; la guérison parut d'abord définitive, puis les douleurs se montrèrent à nouveau ; le testicule remonta et l'on perçut à sa surface deux nodules indurés correspondant tous deux aux ligatures faites avec les fils de soie.

M. G. *Marchant* enleva ce testicule gênant et douloureux et constata qu'il était privé de spermatoblastes, que les points indurés étaient formés par du tissu fibreux : à leur partie centrale se trouvaient les fils de soie absolument intacts, et tout autour une infiltration de cellules embryonnaires et de quelques cellules géantes. De cette observation M. Marchant conclut que la libération du cordon dans le conduit vagino-péritonéal est nécessaire pour l'abaissement du testicule et que d'autre part les fils de catgut doivent être substitués aux fils de soie pour éviter l'inflammation, même non microbienne, qui existait autour des ligatures non résorbées.

M. *Richelot* est d'avis que dans cette opération l'essentiel est de faire la cure radicale de l'hydrocèle et de la hernie, si elles existent, et de bien libérer le cordon ; la fixation du testicule est accessoire : seule elle ne suffit pas à guérir les malades. C'est aussi l'opinion de M. L. Championnière qui pense que l'important est de bien détruire les trousseaux fibreux qui enserrent le cordon. Toutefois, dans certains cas, malgré ces manœuvres complexes, on ne parvient pas toujours à maintenir le testicule abaissé. Parfois cependant l'orchidopexie isolée peut réussir dans ces cas rares où l'organe descend facilement, sous l'influence de faibles manipulations.

M. Félizet a cru remarquer que les douleurs, parfois intenses, que présentent les enfants atteints d'ectopie testiculaire, sont dues au choc du testicule contre le crémaster ; aussi ce chirurgien préconise-t-il le procédé opératoire suivant, qu'il a employé quatre fois avec succès : on fait d'abord la résection des faisceaux du muscle crémaster et l'excision des fibres tendineuses qui peuvent s'opposer à la descente du testicule ; puis, pour compléter l'opération, on pratique la suture des piliers, en ne laissant qu'un orifice suffisant pour le passage des éléments du cordon. La douleur est supprimée et de plus la descente du testicule est favorisée par la compression qui est exercée sur les veines du cordon au niveau de la suture des piliers. Après cette suture le testicule devient en effet rapidement turgescent, il se tuméfie et commence à descendre ; en quelques jours la descente est définitive : l'ectopie est guérie.

IV. Des fils de catgut et de soie en chirurgie.

C'est là un sujet de pratique courante qui vient d'être abordé à la Société de chirurgie.

Un certain nombre de membres ont exposé leur conduite personnelle à cet égard.

M. *Bouilly* a abandonné le catgut qu'il est difficile d'avoir parfait et dont la préparation est plus longue et plus difficile que celle de la soie ; il a recours à la soie ronde pour les petites ligatures artérielles et à la soie tressée pour les fortes ligatures de l'abdomen. On prépare cette soie en la faisant bouillir dans une solution phéniquée et en la conservant dans une solution de sublimé. MM. *Quenu* et *Terrier* ont également abandonné le catgut dont il est très difficile d'obtenir la désinfection ; ils préfèrent la soie tressée plate et ne se contentent pas de la faire bouillir, mais considèrent comme nécessaire la désinfection à l'étuve. D'après M. Terrier il est même nécessaire que, dans l'étuve, les fils de soie soient renfermés dans une compresse et non dans une boîte en nickel où l'on n'obtient pas une température de 120°.

M. *L. Championnière* croit qu'il est préférable de se servir, suivant les circonstances, du catgut ou de la soie : le catgut répond à presque toutes les indications et a surtout l'avantage d'être résorbable. Il est inutile de le soumettre au dégraissage et à l'action de divers liquides qu'on change chaque jour : il suffit de le traiter par le procédé primitif de Lister. Quant à la soie, M. Championnière ne la fait pas bouillir et se contente de la faire baigner dans une solution de sublimé au 100e en la conservant dans une solution de même nature.

M. *Pozzi* établit différentes catégories pour étudier parallèlement la valeur du catgut et de la soie:

1° pour les ligatures d'artères, le catgut est supérieur à la soie parce qu'il se résorbe en une huitaine de jours ; 2° comme *moyen d'affrontement*, pour les sutures profondes et superficielles, le catgut est encore préférable ; toutefois, dans quelques cas, pour les ligatures de pédicules par exemple, il y a avantage à lui substituer la soie ; *enfin, comme moyen de fixation* (hysteropexie, etc.), le catgut est insuffisant parce qu'il se résorbe trop vite ; il est en effet nécessaire que le fil de soutien soit résistant et permette au contact des organes de devenir définitif. La soie est ici supérieure au catgut et même au fil d'argent que M. Pozzi préfère toutefois lorsqu'il s'agit d'affronter des lambeaux de muqueuse, comme dans les colporraphies. M. Pozzi préfère encore le fil d'argent lorsqu'on agit sur des surfaces qui ont été souillées de pus ou sur des pédicules qu'on laisse dans la place, parce que le fil d'argent ne peut pas s'infecter.

Enfin M. Pozzi indique quel est, d'après lui, le meilleur mode de préparation du catgut : il faut d'abord bien le dégraisser avec de l'éther, le faire sécher et le rendre aseptique en le mettant dans une étuve à la température de 120 à 140° ; le meilleur liquide de préparation est l'essence de bois de genévrier, et le meilleur agent de conservation un mélange d'alcool et de ce liquide.

V. Traitement des kystes dermoïdes du plancher de la bouche.

Le Dr C. Monod pense qu'il ne faut pas appliquer le même traitement à toutes les tumeurs dermoïdes du plancher de la bouche : pour les tumeurs médianes faisant saillie à la région sus-hyoïdienne, l'opération par la peau est le procédé de choix. Pour les kystes du même siège, dans lesquels la tuméfaction est toujours buccale, il faut préférer l'incision extérieure, bien que la voie buccale donne des succès. Quant aux kystes latéraux, l'opération par la région sus-hyoïdienne ne peut être recommandée que si la tumeur est très volumineuse et si elle ne proémine pas du tout du côté de la bouche. Dans les cas contraires, il faut opérer par la voie buccale et pratiquer l'extirpation, si elle est possible, ou bien une longue incision combinée ou non avec l'excision partielle de la poche et suivie d'une cautérisation énergique avec le chlorure de zinc liquide.

VI. Trépanation pour épilepsie due a un angiome intra-cranien.

M. *Péan* a fait récemment à l'Académie de médecine une importante communication sur un cas de trépanation pour une tumeur intra-crânienne. Il s'agissait d'un malade, âgé de quinze ans, qui présentait des accès d'épilepsie partielle localisée au membre supérieur gauche ; ces accès étaient accompagnés de contractions spasmodiques des muscles du pharynx et d'une douleur violente au sommet de la tête à droite de la ligne médiane, au niveau de l'angle antéro-supérieur du pariétal droit. Les médecins qui virent ce malade pensèrent que cette épilepsie était symptomatique d'une tumeur comprimant les centres moteurs et qu'il y avait intérêt à pratiquer la trépanation pour éclairer le diagnostic et pour chercher la guérison. M. *Péan* trouva un angiome des méninges en communication avec le sinus longitudinal supérieur ; malgré son extrême vascularité et son étendue, la tumeur put être enlevée avec succès en totalité, sans perte de sang, grâce au pincement temporaire et définitif des vaisseaux variqueux, dilatés, érectiles, dont elle était composée.

M. Péan tire de cette observation les conclusions suivantes :

1° De même qu'il existe des angiomes extra-crâniens communiquant à travers la voûte du crâne avec le sinus longitudinal supérieur, il existe une variété d'angiomes, intra-crâniens, communiquant également avec le sinus longitudinal supérieur, mais développés dans l'épaisseur des méninges, situés entièrement à l'intérieur du crâne.

2° Ces angiomes appartiennent à la variété des angiomes simples, c'est-à-dire qu'ils sont essentiellement constitués par un peloton de capillaires dilatés et flexueux. Ils ne présentent pas de limites précises et se continuent insensiblement avec les vaisseaux voisins, situés dans l'épaisseur des méninges. Leur caractère principal est de communiquer par une grosse veine dilatée avec le sinus longitudinal supérieur.

3° Au point de vue clinique, à l'inverse des angiomes extra-crâniens qui ne donnent lieu qu'à des signes physiques, ces angiomes méningés se manifestent uniquement par des troubles fonctionnels cérébraux, en rapport avec le siège occupé par la tumeur.

Ces symptômes fonctionnels sont surtout : (*a*) la douleur, localisée au point lésé ; (*b*) l'épilepsie jacksonienne, si la tumeur correspond à un centre moteur. Ils diffèrent de ceux fournis par les tumeurs solides qui occupent le même siège en ce qu'ils sont influencés et augmentés, (*a*) par la flexion de la tête et son inclinaison en avant, (*b*) par la compression des veines jugulaires internes au cou.

4° Le pronostic en est très grave, à cause des phénomènes cérébraux qu'ils occasionnent, et aussi parce que la rupture d'un des vaisseaux qui les constituent peut amener une hémorrhagie mortelle, ainsi que le montre un cas non opéré, trouvaille d'autopsie publiée en Angleterre par Arcy Porter.

5° Ces tumeurs sont justiciables de la trépanation. L'hémorrhagie, et notamment celle due à la communication avec le sinus, est facilement arrêtée par le pincement temporaire et définitif.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Sociétés de secours mutuels et leur service pharmaceutique.

Réflexions d'un docteur en médecine qui, depuis quinze ans, est médecin de cinq Sociétés de Secours mutuels *du département de la Seine, sans être administrateur d'aucune d'elles, et choisi par le Bureau de chacune d'elles (situation qu'il préfère à toute autre) au sujet de la circulaire ministérielle du 15 avril 1891, aux Présidents des Sociétés de secours mutuels.*

Voilà donc une chose *nouvelle*, et établie officiellement, c'est qu'il y a des abus pharmaceutiques dans la plupart des Sociétés de secours mutuels ! (Voir dernier n° du *Concours*).

— A qui sont-ils dus ?

— Malgré les flatteries à l'adresse des médecins, il est clair, pour monsieur le ministre, que les médecins, pour faire des visites à 75 centimes et pour garder une excellente clientèle, font des bas-

sesses auprès des sociétaires, donnent des médicaments de luxe dans le seul but de leur plaire, sont les seuls et mauvais interprètes des statuts, et, en un mot, l'unique cause de tout le mal. — Monsieur le ministre a bien confiance dans l'honneur professionnel des médecins, pour exécuter consciencieusement un engagement formel auquel ils auront souscrit, mais il les croit capables de trahir leur devoir, pour leurs intérêts, en vue d'assurer leur élection ou leur réélection par les sociétaires, etc.

Pour qui donc monsieur le ministre prend-il les médecins ? — Son appréciation me surprend et me peine.

Eh bien! non! ce n'est pas le service pharmaceutique qui prête le plus aux abus ! — non ! ce n'est pas le Bureau qui doit choisir le médecin. Le médecin doit convenir avant tout aux sociétaires qui auront recours à lui, et, dans ces conditions, au lieu de perdre son indépendance, il gagne au contraire en prestige, car il est de la dernière impossibilité qu'un médecin accepte la situation inférieure d'être sous l'autorité d'un Bureau incompétent. — Oui ! le médecin peut être administrateur, et la plupart des médecins ont le caractère assez élevé, ont assez de fierté et d'indépendance, pour garder une autorité bienveillante sur les sociétaires et résister à leurs sollicitations. Cette autorité aura d'autant plus de poids qu'ils seront élus et nommés administrateurs par la Société. Il auront un intérêt plus direct à la bonne gestion de ses finances, et sauront faire comprendre aux sociétaires, mieux que personne, que la Société ne peut leur donner plus qu'elle ne reçoit.

Et ce serait sans eux que le bureau contrôlerait les ordonnances ? — c'est à eux que le bureau ferait des observations ? mais de quelle nature seraient ces observations ? sur quels points ? en vertu de quelles capacités les membres du Bureau pourraient-ils examiner une prescription médicale ? Diront-ils que le médecin, dans tel cas, a eu tort de donner à un malade du salicylate de lithine au lieu de salicylate de soude, parce que le premier est facturé plus cher que le second ?... Il faut être aveugle pour penser à de semblables contrôles ! — Ce sera donc toujours le règne de l'incompétence jugeant des choses dont elle ne connaît pas le premier mot, — des hôpitaux construits par des architectes dédaigneux de l'avis des médecins, — du danseur occupant la place du mathématicien !

La circulaire ministérielle n'est qu'un tissu d'erreurs.

Elle constate que les frais pharmaceutiques s'accroissent dans les Sociétés ; mais cette situation ne dépend pas seulement des statuts, des médecins, des administrateurs et des sociétaires, comme le prétend monsieur le ministre. Loin de là !

Depuis quinze ans que je suis médecin de plusieurs Sociétés où aucune réglementation pharmaceutique n'existe, où *j'ai toute liberté d'allures*, j'ai remarqué ce fait malheureux de l'augmentation des frais pharmaceutiques. Or je n'ai jamais changé ma manière de faire ; j'ai donné les mêmes doses, soigné mes malades de la même façon, et me suis toujours abstenu de tout médicament de luxe.

A quoi tient donc le mal ?

Voici mes raisons :

1° Les sociétaires, comme les autres clients, se soignent mieux qu'autrefois, et viennent consulter pour un *bobo*. Le médecin, mécontent, les reçoit mal, leur fait remarquer (il le faisait avant la recommandation ministérielle) qu'ils nuisent à la Société ; mais, si peu coûteuse qu'elle soit, il y a assez souvent une ordonnance.

2° Les Sociétés reçoivent de plus en plus des sociétaires riches qui n'ont pas besoin de mutualité, et, pour cette raison, sont très exigeants au sujet des soins médicaux et pharmaceutiques à recevoir.

3° Dans la plupart des Sociétés, des indemnités journalières de maladie sont accordées aux femmes. Or les femmes ne sont jamais guéries. Quand il s'agit d'arrêter la feuille de maladie, elles objectent qu'elles ne peuvent aller au lavoir, qu'elles ne peuvent faire leurs *gros ouvrages* dans le ménage, ce qui les oblige à payer quelqu'un pour le faire, etc. De là des soins médicaux et pharmaceutiques qui se prolongent. Donc augmentation de tous les frais.

4° Le manque de surveillance allonge les maladies, malgré le médecin qui est le meilleur surveillant, mais qui ne peut aller, à domicile, voir des malades qui ne le sont plus, et dont le rôle, après tout, n'est pas de faire la police de la Société. Ce relâchement dans la surveillance est le fait des présidents, vice-présidents, administrateurs, visiteurs de la Société, qui tiennent à leur place autant et plus que les médecins. Qui dit allongement de maladie, dit accroissement des frais pharmaceutiques et autres.

5° Il y a beaucoup de nouveaux médicaments. Ils sont relativement et souvent plus chers que les anciens, sans être des médicaments de luxe.

6° Beaucoup de sociétaires font partie de *deux, trois, quatre* sociétés, et gagnent beaucoup plus en étant malades, qu'en travaillant. Ce fait était moins rare autrefois. De là tendance à l'allongement des maladies, des frais pharmaceutiques et autres, quoi que fasse le médecin.

Dans bien des cas le médecin joue un rôle important. Il a souvent de vives discussions avec les sociétaires, pour réprimer les abus, mais la Société y perd toujours quelque chose, et ce qu'il faut avant tout éviter, ce sont les causes de ces discussions, c'est-à-dire les causes d'abus.

Si le médecin est le maître (financièrement parlant) des Sociétés, il n'est pas le maître des abus qui sont en dehors de lui et qui l'entraînent malgré lui.

Il est évident que c'est avec de bons statuts, de sérieux administrateurs, de sévères visiteurs, et des médecins fermes que les Sociétés arriveront à diminuer leurs frais et les frais pharmaceutiques, mais il faut supprimer, autant que possible, les abus d'où qu'ils viennent.

Dans ces conditions seulement, une Société avec administrateur et médecin choisis par elle, appuyés solidement par un bureau, non formé de sociétaires et non... ambitieux, deviendra une Société prospère.

Sans cela, malgré les efforts, le bon vouloir et le dévouement des médecins, les frais pharmaceutiques augmenteront encore et ruineront les Sociétés.

Que monsieur le ministre le sache bien, le concours du médecin est nécessaire (on oublie trop qu'il est indispensable et que c'est le médecin qui rend des services), mais n'est pas suffisant pour

sauver la caisse des Sociétés. Il faut le concours de tous.

Ivry, 20 juillet 1891.

Dr COURGEY.

BULLETIN DES SYNDICATS

Association Syndicale de la Loire-Inférieure.

Séance du 12 *mars* 1891.

Présidence de M. PORSON, président.

M. le Président donne lecture d'une nouvelle et longue missive de Mme Maillard-Sérot, qui n'est pas moins réjouissante que la première. Sur le conseil de l'avocat chargé des intérêts du Syndicat dans cette cause, il est décidé que cette lettre ne sera pas publiée.

M. le Maire a communiqué au Bureau un dossier concernant le service médical de nuit, dans les principales villes de France. On y voit que plusieurs d'entre elles n'ont pas de service médical de nuit, que d'autres en ont eu, mais ont dû y renoncer à cause de l'élévation du chiffre des dépenses ; qu'un certain nombre (Lille, Rennes, le Havre) paient le même prix qu'actuellement à Nantes, mais que d'autres (Paris, Bordeaux, Lyon, Rouen) paient 10 fr. par visite. Quoi qu'il en soit, le syndicat maintiendra ses prétentions et demandera le rétablissement de l'ancien tarif à 10 fr.

M. Vaidy, guérisseur trop connu, va être l'objet de nouvelles poursuites sur la plainte du Syndicat. Une descente de la gendarmerie a amené la saisie de médicaments.

Un pharmacien de la ville, très connu pour le sans-gêne avec lequel il pratique la médecine, devrait bien aussi être poursuivi pour le même délit ; malheureusement le fait signalé par un confrère ne paraît pas suffisamment établi.

A l'imitation du Syndicat de la Mayenne, dont le président, M. le docteur Cellier, a fait un travail sur les projets à l'étude relatifs à l'exercice de la médecine, il est décidé qu'un travail semblable sera fait par le Syndicat de la Loire-Inférieure et envoyé aux députés du département.

Lecture est donnée d'une lettre de M. Berneaudeaux, président honoraire, remerciant de la décision, prise par le Bureau, de remettre au 16 avril le banquet qui devait avoir lieu aujourd'hui, en raison du deuil qui vient de l'atteindre.

M. le Président fait savoir que le bureau de l'Union des syndicats, dans sa réunion du 14 février 1890, a voté à l'unanimité, sur la demande de son président, le docteur Mignen, la motion de soutenir moralement et pécuniairement notre Syndicat dans le procès intenté à Mme Maillard-Sérot (voir no 8 du *Concours médical*). Le Syndicat décide que, pour témoigner sa reconnaissance au bureau de l'Union, MM. Mignen, président, Cézilly, vice-président et Maurat, secrétaire général, seront invités au banquet du 16 avril. Seront également invités MM. les présidents Cellier, du Syndicat de la Mayenne, Cailleteau, du Syndicat de Montaigu, et Serph, du Syndicat de Challans.

M. le docteur Saquet (de Blain) expose les faits relatés dans la précédente séance.

L'affaire suit son cours.

M. Pérochaud, membre du Syndicat, avait adressé une réclamation à M. le Président, au sujet d'un retard dans le règlement d'honoraires dus pour soins donnés sur réquisition de la police, et pour une opération faite pour le compte du service de nuit. Cette réclamation a été transmise à M. le Commissaire central, et il y a été fait droit dans les 24 heures.

La séance est levée.

Séance mensuelle du 29 *Mai* 1891.

Présidence de M. PORSON, président.

Sont présents : MM. Porson, Destez, Patoureau, Trémoureux (de Nort), Simonèau, Lacambre, Olive, Josso, Polo, Vince, Pérochaud, Bécigneul, Gaboriaud, Guyon, Blaizot.

M. le Président donne lecture d'une lettre de remerciements de M. le Député, docteur Chevandier, au télégramme qui lui a été envoyé le soir du banquet ; notre défenseur à la Chambre se montre très touché de notre reconnaissance : mais il ne se dissimule pas que tout n'est pas fini ; il énumère les obstacles que rencontrera encore le projet de loi avant d'être définitivement adopté et estime à un an le temps qu'il nous faudra encore attendre.

M. le Président fait part à l'assemblée d'une demande du « Syndicat de consommation des Agents de la Compagnie d'Orléans » qui voudraient savoir à quelles conditions les médecins du Syndicat consentiraient à donner des soins aux familles des adhérents ? » Une commission composée de MM. Porson, Destez, Lacambre, Chachereau, Pérochaud et Blaizot, est nommée pour étudier la réponse à faire à cette proposition.

M. le Président donne lecture d'une lettre de M. le Dr Mignen, président de l'Union des Syndicats médicaux de France, dans laquelle il invite les membres de l'Association à souscrire une certaine somme dans le but d'offrir un objet d'art à M. Chevandier, et de l'inviter avec MM. les Membres de la commission parlementaire à un banquet auquel notre Association devra être représentée. En réponse à cette lettre, une somme de *cent* francs est votée à l'unanimité. La désignation du Confrère qui ira représenter l'Association est renvoyée à l'époque où la date du banquet sera connue.

M. le Président déclare que l'affaire d'illégalité administrative dont s'était plaint au Syndicat M. le Dr Saquet, doit être considérée comme close, en raison de la tournure politique prise par cette affaire.

Le sieur G..., bandagiste de passage, a été surveillé, ainsi que M. le Procureur avait promis de le faire, mais on n'a vu aucune personne se rendre chez lui ; il n'y a donc pas lieu de poursuivre.

L'affaire de Mme Maillard-Sérot et de son complice le Dr Lescure, a été jugée comme il suit :

« Attendu que Lescure et la femme Maillard-Sérot se sont associés pour faire plus facilement des dupes ; qu'ils ont ordonné et vendu des remèdes secrets absolument inefficaces ; qu'ils ont fait connaître à l'aide d'affiches et de prospectus qu'ils consultaient de 11 heures à 4 heures, avenue Pasteur, 16, les personnes atteintes de maux chroniques ; que Lescure n'examinait pas les malades et qu'il se contentait d'ordonner les

drogués préparées par la femme Maillard ; que celle-ci se donnait sur les prospectus et étiquettes, le titre d'herboriste qu'elle ne possède réellement pas ; que, d'autre part, *les prétentions du syndicat — non autorisé — des médecins de la Loire-Inférieure, ne sont pas recevables*....

» Pour ces motifs, condamne :

» Marie Sérot, veuve Maillard, à sept amendes de 15 fr. pour les traitements relevés par l'enquête, à 500 fr. d'amende pour avoir rédigé les affiches et les prospectus, et conjointement et solidairement avec Lescure, à 500 fr. de dommages et intérêts envers le Syndicat des *Pharmaciens*, à l'inscription du jugement dans six journaux de Nantes et un de Paris ; condamne, en outre Lescure à 600 fr. d'amende pour avoir signé avec la femme Maillard les affiches et prospectus dont il a été parlé. »

M. le Président regrette que le tribunal n'ait pas reconnu au Syndicat médical l'existence légale, comme il la reconnaissait au Syndicat pharmaceutique ; néanmoins, il croit que l'intervention du Syndicat dans cette affaire n'a pas été inutile, car elle sera un argument des plus probants à fournir par ceux qui défendront au Sénat l'article du projet de loi qui nous confère l'existence légale. Il termine, en rendant hommage au talent déployé par Me Gautté, notre avocat. Un résumé de sa plaidoirie et de l'affaire sera transmis au *Concours médical.*

Les longs pourparlers entre M. le Président et M. le Maire de Nantes au sujet du service médical de nuit, ont enfin abouti au gré des désirs du Syndicat. M. le Maire a soumis nos réclamations au Conseil municipal et celui-ci a adopté le relèvement du prix de la visite de nuit à 10 fr. Une seule voix s'est élevée contre cette décision, et M. le Président a le regret de constater que c'est celle d'un médecin.

Dans ces nouvelles conditions, il est décidé, sur l'observation d'un membre, que l'on demandera à la Municipalité la revision de la liste des médecins du service de nuit.

Un confrère voudrait que les agents établissent un roulement parmi les médecins appelés ; outre que cela serait très difficile il n'est pas certain qu'il en résulterait un avantage pour tous. En tout cas, s'il se produisait des plaintes, M. le Président les transmettrait à M. le Commissaire central qui fait preuve, en toute occasion, des meilleures dispositions envers notre Association.

Le secrétaire des séances,
Dr Blaizot.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous reproduisons le document suivant à l'usage de ceux de nos lecteurs qui voudront prendre part au *Septième Congrès international d'Hygiène et de Démographie*, à Londres, du 10 au 17 août 1891, bureaux : 20, Hanover Square, London, W., sous le Patronage de S. M. la Reine. — Président : S. A. R. le Prince de Galles.

Demande d'admission comme membre du Congrès:

A Monsieur le Secrétaire,

Veuillez m'inscrire comme membre du Septième Congrès international d'Hygiène et de Démographie. Ci-inclus j'ai l'honneur de vous envoyer une livre sterling, montant de la cotisation. Nom, prénoms et titres. Adresse. Si vous êtes délégué d'une société savante ou d'une administration publique, veuillez l'indiquer ici.

Ce serait faciliter de beaucoup notre travail si vous vouliez bien inscrire ici, ou transmettre plus tard au Secrétaire Général, votre adresse de Londres pendant la session du Congrès.

Les Membres sont priés de faire parvenir le montant de leur cotisation, soit par un chèque payable au Secrétaire honoraire, soit par un mandat postal. Les chèques devront être barrés et marqués ainsi : Bank of England, Burlington Gardens, S. W.

Secret médical et observations de malades. — Un procès a été intenté en Allemagne par le ministère public au Dr Grechen, pour violation du secret médical à la suite de la publication d'un ouvrage dans lequel il avait donné les observations détaillées de plusieurs de ses malades. Les débats de cette affaire ont duré longtemps ; on a entendu un certain nombre de témoins à décharge, parmi lesquels nous citerons le Dr Freund, professeur de gynécologie à la Faculté de médecine de Strasbourg. Malgré toutes les dépositions en sa faveur, M. Grechen a été condamné à 500 fr. d'amende et à 8,000 fr. de dommages-intérêts envers la partie civile.

(*Bulletin médical.*)

— *L'Actualité médicale* reproduit, dans son no du 15 juillet une lettre qui nous a été adressée par le Président *Dubrac* (de Barbezieux) sans ajouter qu'elle nous l'a empruntée. C'est un détail. Elle dit ensuite :

« Le dimanche 19 juillet aura lieu, dans les salons Marguery, un banquet par souscription offert à M. le Dr Chevandier et aux membres de la commission parlementaire chargée de l'examen du projet de loi sur l'exercice de la médecine. *Les ennemis de l'officiat de santé y seront seuls représentés, sous la conduite du docteur Cézilly.* Avant de chanter victoire, les organisateurs auraient pu attendre que le Sénat se soit prononcé. »

L'Actualité sait fort bien qu'en aucune circonstance le *Concours* ne s'est posé en ennemi de l'officiat ; alors pourquoi cette insinuation ! Ce n'est pas ainsi qu'on fait avancer les questions médicales. *L'Actualité* a manqué à la déontologie médicale, au moment où nous allions, justement, reproduire certaines solutions intéressantes de déontologie qui lui font honneur.

— Arrêt de la Cour de cassation du 4 décembre 1872 : La Cour a décidé que celui qui a pris l'initiative d'appeler un médecin auprès d'un malade peut être considéré par là comme s'étant obligé. »
(*Lyon médical.*)

— La commission du Sénat a entendu M. Chevandier et ses arguments ont influé d'une façon décisive en faveur de la suppression de l'officiat. Voici en outre les déclarations de M. Ledru, délégué des Ecoles préparatoires à la commission du Sénat :

Les étudiants pour l'officiat de santé se divisent en trois catégories :

1o Les fils de famille de contre-maîtres, de petits commerçants qui n'ont pas pu faire donner

à leurs enfants l'enseignement des lycées et qui commencent les études médicales entre dix-huit et vingt-cinq ans ;

2° Les ratés de toutes les carrières ;

3° Les pharmaciens qui prennent le grade d'officier de santé pour exercer à la fois la médecine et la pharmacie.

Dans les années 1888 et 1889, sur 22 officiers de santé reçus à la Faculté de Paris, cinq seulement avaient moins de 30 ans, sept moins de 40 ans, sept avaient de 40 à 50 ans, un était âgé de 53 ans, deux, enfin de 60 et 61 ans.

Le nombre des officiers de santé reçus annuellement a diminué progressivement et il est arrivé, dans ces dernières années, à 100 environ, tandis qu'on fait annuellement 620 docteurs. Les 100 officiers de santé font leurs études, pour un tiers dans les Facultés, pour les deux tiers dans les Ecoles préparatoires. Ces Ecoles auraient tort de considérer leur avenir comme lié à la conservation de l'officiat, car beaucoup d'entre elles ne reçoivent annuellement qu'un, deux officiers de santé, et à peine, en moyenne, quatre ou cinq.

La loi militaire va de plus diminuer de moitié le nombre des élèves de l'officiat. Il leur sera, en effet, très difficile de commencer leurs études avant vingt-cinq ans, après trois ans de service militaire.

On peut donc dire que l'officiat de santé est une institution agonisante et qui disparaîtrait naturellement de sa belle mort si elle n'était supprimée d'un coup par la loi votée par la Chambre.

La statistique de répartition des officiers de santé et docteurs montre qu'il existe des zones, de Bordeaux à Marseille, par exemple, où les docteurs existent à peu près seuls ; que les officiers de santé ne vont pas plus nombreux que les docteurs, dans les départements pauvres (le département de la Lozère ne compte qu'un seul officier de santé).

Dans les départements où les médecins sont peu nombreux relativement au chiffre de la population, le nombre des officiers de santé n'est pas non plus en rapport avec les besoins de la population rurale. Ainsi, dans les départements très pauvres en médecins, où il n'y en a qu'un pour 6 à 9,000 habitants, on n'en trouve que 4, comme dans la Haute-Loire, 7 dans les Hautes-Alpes, 8 dans l'Ardèche. Pas plus que les docteurs, les officiers de santé ne vont s'établir dans les départements pauvres, tandis que leur nombre augmente en général avec celui des docteurs dans les départements plus fortunés.

Pour ce qui est de leur répartition dans les villes, on trouve dans les villes au-dessus de 10,000 habitants, 5,234 docteurs et 476 officiers de santé. Il reste donc pour les autres localités 6,761 docteurs et 2,318 officiers de santé.

Sur nos 2,871 cantons, il y en a 183 tout à fait privés de médecins, 1,336 pourvus seulement de docteurs, 183 pourvus seulement d'officiers de santé et 1,186 ayant à la fois docteurs et officiers de santé.

Si l'on veut assurer le service médical dans les campagnes il faut, non pas conserver l'officiat qui se meurt, mais constituer par les syndicats de communes, par les secours du département, toute une organisation nouvelle qui assure les conditions d'existence des médecins.

Les arguments et les données statistiques apportés à la commission par M. Brouardel ont produit une grande impression sur ceux de ses membres partisans de l'officiat.

ADHÉSION A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Queudot, de Paris, présenté par M. le Dr Mora, de Paris.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le Dr Haemmerlin, d'Epinal (Vosges), membre du Concours médical.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Guide pratique d'accouchement, conduite à tenir pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couche, par le Dr Bureau, professeur agrégé d'accouchement. Un volume de plus de 400 pages, nombreuses figures dans le texte. Prix : 6 francs, net 4 fr. 80, *franco* pour MM. les membres du Concours médical.

Nous ne saurions mieux faire pour éclairer le praticien sur la valeur de ce nouveau guide pratique que de reproduire textuellement la préface du jeune et savant agrégé :

« Je n'ai pas la prétention d'offrir au public médical un *traité d'accouchement*. Les livres de ce genre sont nombreux dans notre littérature, et tous, les anciens et les nouveaux, sous une forme plus ou moins rapide, renferment les notions les plus complètes sur la science obstétricale. Mon but a été plus net. J'ai voulu réunir en un volume maniable l'exposé critique des meilleures méthodes de traitement usitées en obstétrique : pour cela, j'ai dû rappeler brièvement, à propos de chaque cas particulier, les principaux caractères cliniques : c'était le seul moyen de présenter la thérapeutique la plus rationnelle.

Pour la rédaction des divers chapitres, j'ai tenu le plus grand compte des leçons magistrales professées à la Faculté, des nombreux conseils recueillis dans les services hospitaliers et dans les conférences pour le concours d'obstétrique : les faits de ma pratique personnelle m'ont permis de contrôler les divers procédés techniques et d'en signaler les avantages et les inconvénients.

Les médecins qui font des accouchements, les sages-femmes, les étudiants qui suivent les services dans les maternités, trouveront exposées dans le « Guide d'accouchement », les notions pratiques indispensables pour diriger leur conduite dans tous les accouchements simples ou compliqués. J'ai inséré dans le texte un nombre suffisant de bonnes figures. »

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Treizième année | N° 32 | 8 Août 1891

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Le deuxième Congrès pour l'étude de la tuberculose.

Commencé le 27 juillet, le Congrès a pris fin le 2 août ; il était présidé par M. Villemin, qui a ouvert la première séance par un discours dans lequel il a rappelé les progrès accomplis depuis 25 ans, époque à laquelle le savant professeur du Val-de-Grâce a démontré la contagion d'une manière péremptoire par l'inoculation des produits tuberculeux. Après la période dans laquelle l'étude de l'anatomie pathologique a surtout préoccupé les travailleurs, lorsque la connaissance de l'agent pathogène et sa culture eurent été découvertes par Koch, c'est la prophylaxie et la thérapeutique qui ont été l'objet principal des études.

La grande désillusion qui a suivi l'engouement excessif de la première heure en faveur de la méthode thérapeutique préconisée par le même Koch ne doit pas décourager les chercheurs.

M. Verneuil, vice-président du Congrès, a insisté sur l'*importance de l'émigration ou changement de milieu dans la prophylaxie et le traitement de la tuberculose*. Un tuberculeux tire toujours bénéfice à paser de la ville à la campagne, d'une grande ville dans une moins populeuse, l'émigration de la campagne à la ville est une des causes qui favorisent le plus l'apparition de la tuberculose. Le médecin de campagne peut jouer un rôle des plus utiles en dissuadant ceux qui sont prédisposés à un degré quelconque par l'hérédité ou les maladies antérieures d'aller se fixer dans les villes.

M. Grancher a résumé, dans un discours très nourri de faits et d'une clarté parfaite, la question des *vaccinations antituberculeuses* qu'il a entreprises avec M. H. Martin, en faisant à des lapins des injections intra-veineuses de cultures de tuberculose aviaire atténuées par l'ancienneté.

On sait que les cultures s'atténuent en vieillissant. M. Grancher n'ignore pas que les conclusions tirées de l'étude de la tuberculose aviaire ne sont pas directement applicables à la tuberculose humaine ; mais, au point de vue scientifique, les faits qu'il a mis en lumière sont d'une réelle importance. MM. Grancher et Martin concluent de l'observation attentive et prolongée de 82 lapins, répartis en diverses séries, que s'ils n'ont pas réussi à conférer à ces animaux une immunité complète par une substance inoffensive et sûre, ils ont du moins démontré par des expériences précises l'action vaccinale du virus tuberculeux contre le virus tuberculeux lui-même ; d'autre part, ils ont bien mis en lumière que le virus tuberculeux atténué contient à la fois une *substance vaccinante* et une *substance toxique*, indépendantes l'une de l'autre ; c'est à l'action de la seconde que doivent être attribuées des néphrites et des paraplégies, qu'ils ont fréquemment observées chez les lapins vaccinés. C'est en isolant ces deux substances, de manière à obtenir les effets favorables de la substance vaccinante et à éviter ceux de la substance toxique qu'on résoudra peut-être le problème de la vaccination antituberculeuse.

MM. Arloing, Rodet et Courmont ont mené à bien *une étude expérimentale sur les propriétés attribuées à la tuberculine de Koch*. C'est le jugement définitif sur les problèmes expérimentaux qu'avait soulevés la communication du savant berlinois et il n'est pas plus favorable que sur le terrain clinique où MM. Cornil, Besnier, Lannelongue, Verneuil en France ont déjà depuis plusieurs mois, tranché la question. Koch avait attribué à la tuberculine contenue dans l'extrait glycériné de culture pure de tuberculose une valeur diagnostique, une valeur curative, une valeur préventive. Les expériences de M. Arloing et de ses collaborateurs prouvent qu'à ces trois points de vue la valeur de la tuberculine est incertaine ou nulle.

Les membres du Congrès ont visité plusieurs services hospitaliers, celui de M. Lannelongue où ils ont étudié la nouvelle méthode sclérogène de traitement des tuberculoses locales par injection de chlorure de zinc, de M. Verneuil qui a montré les résultats obtenus par l'éther iodoformé ; de M. Tapret où celui-ci a exposé les avantages du séjour des phthisiques dans une atmosphère créosotée sous pression et celui de M. Burlureaux au Val-de-Grâce où ce médecin a pratiqué de nombreuses injections d'huile créosotée.

La tuberculose humaine est-elle identique à celle des bovidés et des gallinacés ?

Cette question est importante à trancher, puisque les recherches thérapeutiques basées sur l'action des antiseptiques contre le bacille n'ont de valeur qu'autant que les divers expérimentateurs opèrent sur un même micro-organisme. M. Koch a dit formellement que le bacille de la tuberculose des oiseaux n'était pas le même que celui de la tuberculose humaine. Les deux opinions ont été défendues au Congrès. Au point de vue de la forme et des caractères objectifs le bacille est toujours identique; mais les cultures diffèrent très notablement, ainsi qu'on a pu le voir d'après les préparations de MM. Straus et Gamaleïa, Nocard et Roux: les cultures de la tuberculose humaine sont sèches, écailleuses ou verruqueuses, ternes et dures ; celles de la tuberculose aviaire sont humides, grasses et molles. M. Vignal et M. Nocard sont aussi partisans de la dualité des bacilles. Mais MM. Cadiot, Gilbert et Roger, Courmont et Dar, n'y voient que deux races d'une même espèce ayant pu inoculer avec succès à la poule et au faisan le bacille de la tuberculose humaine ; en tout cas il est accepté par tous que la tuberculose de l'homme, des bovidés, du cheval et du porc est la même, et il faut accepter comme démontrée la possibilité de l'infection de l'homme par la viande et le lait des animaux tuberculeux.

Hérédité de la tuberculose.

La question a été abordée par MM. Vignal, Landouzy, Hutinel et Bernheim. M. Vignal conclut d'inoculations de fragments d'organes de fœtus ou de nouveau-nés issus de mères tuberculeuses à des cobayes que l'hérédité, loin d'être fatale ou fréquente, est extrêmement rare, M. Landouzy a rappelé qu'il n'avait jamais affirmé la fréquence de l'hérédité d'un état diathésique, par suite duquel les enfants issus de parents tuberculeux sont des candidats à la tuberculose. M. Hutinel distingue aussi les enfants issus de tuberculeux en tuberculisés et tuberculisables. La tuberculose congénitale proprement dite est en réalité très rare ; les autopsies de l'hospice des Enfants-Assistés témoignent dans le même sens que les expériences de M. Vignal. Deux enquêtes ont été faites par l'Assistance publique pour rechercher quelles pouvaient être les conséquences de la dissémination dans les populations rurales des enfants assistés provenant des grandes villes et issus en grand nombre de parents tuberculeux. Or on a trouvé à peine une vingtaine d'enfants tuberculeux sur 18,000 enfants entretenus à la campagne par l'Assistance publique.

En résumé, la transmission de la tuberculose de la mère au fœtus, par voie placentaire, est possible, mais elle ne paraît pas être fréquente et les enfants nés de tuberculeux, sans être fatalement tuberculeux, paraissent constituer un terrain favorable au développement de la tuberculose dont l'évolution se fera d'autant plus facilement que les enfants seront exposés davantage à une contamination directe par le fait même de leur cohabitation avec des parents tuberculeux.

FEUILLETON

Le mal et le bien qu'on a dit des médecins.

Le Dr Witkowski a écrit plusieurs volumes sur le mal qu'on a dit des médecins et il les dédie à ses confrères : — « Dieu merci, dit-il, nous pouvons à notre aise rire de qui rit de nous. Si nos malades vont mal quelquefois, en revanche la médecine se porte toujours assez bien. Que l'humanité nous raille, l'humanité n'en sera pas moins pendue à nos sonnettes, de jour et de nuit. »

Le sympathique auteur a colligé avec soin les sarcasmes les plus mordants, les accusations les plus injustes, les calomnies les plus noires, les invectives les plus violentes, que contiennent, à l'adresse de la gent qui saigne et qui purge, ces vastes sottisiers qu'on appelle des bibliothèques. — Je me dispenserai de parcourir ce dossier de récriminations ; je me contenterai d'offrir aux lecteurs de ce journal un spécimen des plaisanteries que l'on trouve un peu partout sur notre compte et que nous savons accepter, sans nous en fâcher. — Cette infusion de pensées... sauvages me permettra ensuite de faire passer plus facilement, sous leurs narines, les fumées capiteuses de l'encens, de reproduire quelques-unes des pensées réconfortantes, qui sont à notre gloire, qui inspirent le courage et l'abnégation.

I

Voici tout d'abord le *Charivari*, qui annonçait récemment le fait suivant, aux dernières nouvelles :

Une querelle a éclaté entre deux de nos médecins connus. On assure qu'un duel est résolu : — Ils se battront à l'ordonnance !

***

Du même accusateur. — Entre deu[illegible] ères de la Faculté de Paris : [illegible]

— Avez-vous des nouvelles de X... ?

— Hélas ! notre pauvre collègue est bien bas... un lent suicide...

— Vraiment, vous croyez ?

— Parbleu ! Il se soigne lui-même.

***

Tout le monde sait qu'en cette fin de siècle faisandé, l'Anémie est reine chez nous et que cette reine a engendré une infante, qui s'appelle la princesse Névropathie. A elles deux, la mère et la fille ont mis le corps et la raison de leurs sujets dans le plus pitoyable état. — Quant à la cause

M. Bernheim conclut de la critique des travaux antérieurs et d'expériences personnelles que l'hérédité du germe de la tuberculose n'existe pas, que la prédisposition du terrain n'est pas plus marquée chez les tuberculeux que chez d'autres individus, atteints d'une maladie diathésique, enfin que toutes les tuberculoses sont gagnées par contagion.

Tuberculose du premier âge.

M. Landouzy a déjà attiré et attire à nouveau l'attention sur la fréquence de la tuberculose chez les enfants de un à deux ans. A la crèche de l'hôpital Tenon, il a constaté qu'un quart des décès devaient être attribués à cette cause.

La statistique repose sur des diagnostics nécroscopiquement constatés, la mortalité de 21 p. 100 n'est donc pas exagérée. Ces chiffres prouvent que, sur cinq décès de bébés, un doit être rapporté à la tuberculose.

Rien n'a encore été fait pour mettre le jeune enfant à l'abri de la tuberculose. On n'a pas averti le public de la fréquence de cette affection au premier âge, de l'importance de l'hygiène alimentaire et de la contamination par le lait. Il est indispensable que l'hygiène publique se mette à l'œuvre pour éviter la tuberculose chez les jeunes enfants, et éviter ainsi un « véritable gaspillage de la vie humaine ».

Les injections de sérum de sang de chien et de chèvre.

M. Héricourt et M. Ch. Richer, MM. Bertin et Picq ont repris l'historique de leurs expériences déjà connues de nos lecteurs. Les premiers opèrent avec le sang de chien, les seconds avec celui de la chèvre, de part et d'autre on se loue des résultats obtenus.

Mais MM. Richet et Héricourt ont renoncé à considérer l'hémosyne du sang de chien comme un véritable antibacillaire ; ils y voient seulement un excitant spécial de la nutrition.

MM. Bertin et Picq pensent obtenir, au contraire, une véritable immunité antituberculeuse et ils admettent toujours que la chèvre est réfractaire à la tuberculose. Cependant, nous ne pouvons accepter cette affirmation comme absolue, après la communication suivante qui a été faite à l'Académie des Sciences par M. S. Colin le 27 juillet. Cet expérimentateur a inoculé à une chèvre ayant dépassé l'âge adulte du tubercule pulmonaire de vache sous la peau du flanc. Dix jours plus tard commençait à se développer une tuberculose locale. Deux mois après l'animal fut tué par hémorrhagie, son sang avait l'apparence la plus normale et l'autopsie révéla un foyer tuberculeux au niveau du flanc et 1 kilogramme de matière tuberculeuse dans les poumons.

M. Bernheim est aussi un partisan de la transfusion du sang de chèvre aux tuberculeux, même à des chloro-anémiques et autres cachectiques. Nous attirons d'une manière plus particulière l'attention sur les communications de M. Pinard.

Péritonite tuberculeuse traitée par la laparotomie et guérie par les injections de sérum de chien.

M. Pinard lit, au nom de M. Kirmisson et au sien, l'observation d'un jeune enfant de trois ans et demi, qui était atteint d'une péritonite tuberculeuse à forme ascitique. Le ventre mesurait 69 centimètres au niveau de l'ombilic et une première ponction avait donné 4 litres et demi d'un liquide jaune louche. Quelques jours après la ponction, le liquide s'était déjà reproduit ; la palpation ne donnait aucun renseignement.

M. Kirmisson pratiqua la laparotomie, le 22 avril, à la clinique Baudelocque ; le liquide fut évacué, la cavité abdominale fut largement lavée avec une solution stérilisée saturée d'acide

---

de cet accident fâcheux, elle a été attribuée par des gens qui n'ont pas ri en l'écrivant :

1° Un peu aux guerres de l'empire qui tuèrent, au commencement du siècle, tout ce qu'il y avait de robuste en France, ne laissant que les débiles pour faire souche ;

2° Et surtout, aux médecins qui, pendant cinquante ans, suivirent la doctrine de Broussais, et, par la saignée et les sangsues, tirèrent tant de sang à nos péres, qu'il ne leur resta plus que de l'eau rousse à faire passer dans les veines de leurs fils.

*
* *

On connaît le reproche du Dr V.., au Dr B.... : Ah ! vous m'avez fait une belle besogne, pendant mes vacances. — Comment ! je vous confie des malades que je soigne depuis des années et vous me les guérissez en un mois. C'est raide !

*
* *

Les anecdotes qui suivent sont inspirées par la même malignité... sans portée, *sine ictu*:

— Eh ! bien, cher ami, comment va ta belle-mère ?

Le cher ami, d'un air piteux :

— Sauvée, mon cher, sauvée. Et, pourtant, j'avais appelé à son chevet les trois médecins les plus.... terribles, que j'ai pu découvrir.

*
* *

Entendu au club :

— En somme, qu'est-ce que la médecine ? Un libre-échange. — Le malade prend l'avis du docteur et le docteur prend la vie du malade !

....

Un particulier, qui avait perdu son emploi, ayant dit en public qu'il en coûterait la vie à plus de cinq cents personnes, ce propos vint aux oreilles du ministre de la police, qui le fit arrêter : « Que prétendiez-vous par cette menace ? lui dit-on à son interrogatoire. — Moi, répliqua-t-il, je n'ai menacé personne ; je voulais seulement dire que j'allais me faire médecin. »

*
* *

Un avocat, qui ne se gêne pas pour dire que les pharmaciens sont nos complices, que ce sont les aide-bourreaux de la Faculté, disait récemment à un de ses clients, qu'il faut toujours être en excellents termes avec son médecin, qui peut toujours se venger : S'il ne le fait point, c'est qu'il est magnanime.

borique. Le péritoine pariétal et viscéral, l'épiploon étaient farcis de granulations tuberculeuses. Après ce lavage, le ventre fut refermé, il n'y eut, après l'opération, aucune suite immédiate, aucune réaction, mais le liquide se reproduisit. Six semaines après, M. Pinard pratiqua une injection sous-cutanée de 2 centimètres cubes de sérum ; à la deuxième injection, le liquide commençait déjà à se résorber, la guérison survint rapidement à la suite d'injections peu nombreuses. M. Pinard présente au congrès le jeune enfant, qui paraît jouir de la santé la plus florissante.

M. Semmola combine l'iodoforme pris à l'intérieur à doses progressives avec les injections de sérum de chien.

Des injections de sérum de chien chez les enfants nés de mères tuberculeuses ou atteints de faiblesse congénitale.

M. Pinard a appliqué sur les nouveau-nés le traitement imaginé par MM. Richet et Héricourt. Le 5 mars 1891, il injecte deux enfants nés avant terme de mères tuberculeuses. L'injection était de 1 centimètre cube, elle ne produit aucune réaction fébrile ou douloureuse, les injections furent répétées tous les deux jours. Les mères de ces deux enfants moururent de tuberculose, l'une le neuvième jour, l'autre le dix-septième jour après l'accouchement. Le premier enfant pesait 2 k. 600 au moment de l'accouchement ; dans les jours qui suivirent, il descendit à 2 k. 300, mais, sous l'influence du traitement il remonta rapidement à 2 k. 680. Le deuxième enfant ne pesait au moment de la naissance, que 1 k. 530 ; après être tombé à 1 k. 200, il atteignit 1 k. 520.

L'action bienfaisante de l'injection est immédiate, il se produit une excitation manifeste de la nutrition. Aussi, encouragé par ces résultats, M. Pinard applique-t-il ces injections de sérum à tous les enfants pesant moins de 2 kilogs au moment de la naissance et en état de faiblesse congénitale, qu'ils soient ou non nés de parents tuberculeux. Actuellement, l'expérience lui a démontré qu'il y avait intérêt à augmenter les doses, il les a élevées à 2 centimètres cubes ; il rapproche également l'intervalle des injections ; c'est ainsi que, dernièrement, un nouveau-né a reçu vingt-cinq injections de 2 centimètres cubes en vingt-cinq jours.

M. Pinard a traité, aujourd'hui, vingt et un enfants de la sorte, il a dû enregistrer quatre morts ; il ne veut pas se prononcer d'une façon définitive sur la valeur absolue de ces injections dans le cas particulier, mais il peut, dès maintenant, conclure qu'à côté de la couveuse et du gavage, méthodes si précieuses, il s'est ajouté un auxiliaire puissant.

CHIRURGIE PRATIQUE

Considérations cliniques et thérapeutiques sur quelques lésions traumatiques de l'épaule. (Contusion, luxation, fracture).

Les traumatismes de l'épaule sont fréquents et commandent souvent une intervention immédiate : à ce titre, ils intéressent spécialement le praticien qui, sous peine de laisser impotent son malade et de compromettre sa réputation, ne doit pas les méconnaître.

Au premier abord, il peut paraître difficile, dans nombre de cas, d'arriver à un diagnostic exact. Ce fait, nous le croyons volontiers, tient à ce qu'on ne procède pas à un examen méthodique de la région. Il est vrai qu'on chercherait vainement dans les classiques une exposition nette et précise des divers signes offerts par le malade et l'indication de leur valeur relative. C'est à aplanir ces difficultés que nous consacrerons les lignes suivantes.

***

Une autre langue intempérante a prétendu que dans le duel entre le malade et le médecin, tout l'avantage est pour ce dernier, parce que s'il n'y a pas toujours de profit à prendre une médecine, il y en a toujours à la prescrire.

***

La *Belle opération*, qui a été jouée chez M. Antoine, à la fin de novembre dernier, représente le nec plus ultra de la critique acerbe et du parti-pris.

Cette élucubration nous fait voir une femme affligée d'une tumeur intestinale ; on va l'opérer tout à l'heure. Les internes arrivent et lui mettent les instruments sous le nez. Puis, c'est le « professeur » qui fait un long discours sur la libre férocité de sa profession. Tous les autres bourreaux passent dans la salle voisine, où l'on a transporté la malade, et l'on vient annoncer qu'ils l'ont tuée, — mais en conscience. Cette satire de la Faculté ressemble à la vengeance d'un carabin évincé pour cause de malpropreté dans ses fonctions. Elle a soulevé le cœur des habitués du Théâtre-Libre, qui pourtant ont le cœur solide.

***

Donnons la parole aux anciens ;

Ton oncle, dis-tu, l'assassin
M'a guéri d'une maladie ;
La preuve qu'il ne fut jamais mon médecin,
C'est que je suis encore en vie

Epigr. XXI. Boileau.

***

Vous avez un médecin, dit le roi à Molière ; que vous fait-il ?

— Sire, nous causons ensemble, il m'ordonne des remèdes, je ne les fais point et je guéris.

Voltaire (*Vie de Molière*).

***

Il en coûte à qui vous réclame, médecins du corps et de l'âme.

La Fontaine. (Fable XII, 6.)

***

Il vaut mieux aller chez le boulanger que chez le médecin. (*Proverbe.*)

(*A suivre*).

Dr Greletty (de Vichy).

Parmi les traumatismes de l'épaule, nous ne prendrons que ceux qui résultent soit d'une chute, soit d'une violence extérieure, éliminant de parti pris tout ce qui ressortit aux plaies par instrument piquants et tranchants et aux plaies par armes à feu. Ainsi limités, ils offrent un champ assez vaste pour une étude d'ensemble.

C'est autour du squelette que pivote toute notre question ; la clavicule, par son extrémité externe, l'omoplate par l'acromion et l'apophyse coracoïde, ainsi que par sa cavité glénoïde, l'humérus par sa tête articulaire, ses tubérosités, le col anatomique et le col chirurgical peuvent être le siège de fractures. En outre, ces os s'articulent entre eux et prennent part à la constitution des articulations scapulo-humérale, acromio et coraco-claviculaires. Leur disjonction donne lieu à des luxations de la plus haute importance. Si le plexus vasculo-nerveux, dans le creux de l'aisselle, est rarement comprimé ou lésé, il n'en est pas de même du nerf circonflexe, qui s'enroule autour du col chirurgical et préside à l'innervation du deltoïde. On n'oubliera pas que l'atrophie du muscle deltoïde peut être la conséquence non seulement d'une fracture ou d'une luxation, mais aussi et surtout d'une contusion, souvent minime, du moignon de l'épaule. Cette notion sera la source d'indications thérapeutiques spéciales.

I

DIAGNOSTIC.

Le malade se présente avec une attitude commune à tous les traumatismes de l'épaule. Il s'avance la tête inclinée, le moignon de l'épaule abaissé. De la main du côté opposé il soutient son avant-bras fléchi sur le bras, le coude le plus souvent éloigné du corps. L'impotence fonctionnelle est complète et n'a rien de caractéristique ; les mouvements, quand ils existent, se passent en dehors de l'épaule, toujours immobilisée par la contracture musculaire. Que dire de la douleur spontanée, sinon que sa localisation n'a rien de fixe et que son siège, habituellement mal déterminé, est parfois subordonné au point même où a porté la cause vulnérante, sans relation directe avec la lésion proprement dite ?

Si les anamnestiques sont utiles à consulter, ils donnent rarement, à eux seuls, la preuve de l'existence de telle ou telle lésion. Un coup, un éboulement, une chute sur le moignon de l'épaule peuvent produire indistinctement une contusion, une fracture, une luxation. Peut-être, quand le patient s'explique bien, pourra-t-on présumer une fracture ou une luxation, plutôt qu'une contusion simple, suivant les circonstances spéciales, dans lesquelles se sera produit l'accident. Mais les conclusions qu'on en tirera seront toujours rejetées, quand elles seront confirmées par celles qu'on aura tirées de l'examen direct, méthodiquement pratiqué. Aussi bien est-ce à l'examen direct qu'il faut rapidement arriver, après un interrogatoire sommaire.

Il est une recommandation capitale en l'espèce : c'est d'apprécier la région malade en la comparant à la région symétrique saine ; c'est aussi de s'enquérir si le patient ne présentait pas, avant le traumatisme, une malformation congénitale ou acquise. Comme conséquence de cette recommandation, il est nécessaire, avant tout examen, de donner au malade une position bien symétrique. On le fait asseoir sur son lit, ou mieux, s'il n'y a pas de contre-indication, sur une chaise, dans un endroit bien éclairé. On réagira contre sa tendance à s'incliner latéralement. La tête sera droite, les épaules disposées bien symétriquement. Avec un peu de patience de la part du chirurgien, un peu de résignation de la part du malade, on y parvient assez facilement.

L'inspection et le palper seront nos deux moyens d'exploration: ils nous fourniront des notions suffisantes, sinon pour résoudre toutes les difficultés du problème, du moins pour asseoir le diagnostic, formuler le pronostic, établir un traitement rationnel. Le plus souvent ils se compléteront l'un l'autre et trouveront dans la mensuration un précieux auxiliaire.

Si le traumatisme est récent, il n'existe pas encore de gonflement appréciable ; mais, s'il remonte même à un jour, la région tout entière est tuméfiée et les déformations dont elle peut être le siège sont plus ou moins marquées. La constatation d'une ecchymose, surtout quand elle revêt certains caractères, est de la plus haute importance. Est-elle large, envahit-elle rapidement la face interne du bras jusqu'au coude, gagne-t-elle la paroi thoracique et atteint-elle, les jours suivants, le flanc et les lombes, elle prend une valeur pathognomonique, elle implique l'existence d'une fracture, soit du col anatomique, soit du col chirurgical, et l'on comprend combien cette donnée a d'importance, si, pour une raison quelconque, gonflement, contracture, absence de grande déformation la solution de continuité a été méconnue ou rejetée le premier jour. On ne la rencontre, à ce degré tout au moins, ni dans la contusion, ni dans la luxation, sauf quand cette dernière est associée à une fracture. M. Hennequin, qui a étudié ces questions avec tant de sagacité, insiste beaucoup sur ce fait.

Le deltoïde soulevé par la tête humérale forme, à l'état normal, un relief bien arrondi. Ce relief manque-t-il, est-il remplacé par une sorte de méplat se continuant à angle aigu avec le plan coraco-acromio-claviculaire, on soupçonnera un déplacement de la tête humérale. Ces présomptions deviendront plus légitimes encore, si, par le palper, la sensation de résistance osseuse qu'on perçoit à travers la couche musculaire, est remplacée par une sensation de vacuité ; si l'axe de l'humérus prolongé en haut, par la pensée, vient aboutir en dedans de l'acromion vers la cavité axillaire ou la clavicule.

L'exploration de la région sous-claviculaire offre une importance séméiologique non moins grande. Le grand pectoral est-il soulevé et le creux sous-claviculaire normal occupé par une tumeur ronde, lisse, régulière, susceptible de rouler sous la main, voilà un nouveau signe de luxation, qui vient s'ajouter aux précédents. La tête humérale, qui a abandonné la cavité glénoïde, a gagné la région sous-claviculaire. Il y a luxation, et, suivant le degré de propulsion de la tête en dedans, on a la luxation sous-coracoïdienne, intracoracoïdienne des classiques, l'apophyse coracoïde étant prise comme point de repère. La déviation de la tête en dedans a pour corollaire le déjettement du coude en dehors, d'autant plus marqué lui-même que la déviation de la tête humérale est plus accentuée.

La tête, n'étant pas dans la région sous-claviculaire, peut se trouver ailleurs, dans la région axillaire notamment, contre la paroi costale, bien que

ce fait soit exceptionnel. Le palper permet de la sentir avec tous ses caractères. C'est la luxation, en bas, dite sous-scapulaire. Elle survient quand la violence surprend le patient le bras élevé et écarté du tronc et porte sur les mains ou sur le coude. La tête humérale effondre la capsule articulaire, qui n'est pas renfoncée en bas par des muscles ou des tendons.

Plus rarement encore on la rencontrera dans les régions sus et sous-épineuses, constituant la luxation en arrière.

Parlerons-nous de la luxation en haut, qui exige la fracture préalable de l'apophyse coracoïde et de l'acromion. Elle accompagne les grands traumatismes et se trouve reléguée au second plan comme lésion.

De cette énumération, il faut retenir surtout la luxation en dedans, qui est commune, d'observation journalière, tandis que les autres constituent des raretés. Les variétés qu'on lui a décrites, sont arbitrairement délimitées. Peut-elle être incomplète ? En d'autres termes, la tête peut-elle rester à cheval sur le rebord glénoïdien ? Cela est possible, quoique discuté, en tout cas peu important au point de vue pratique, car elle exige le même traitement que la luxation complète.

Autre physionomie clinique : l'épaule a conservé sa forme arrondie ; pas de méplat, pas de vide sous-acromial. Il n'y a pas cette disposition *en épaulette*, habituelle aux déplacements de la tête humérale. D'autre part, la région sous-claviculaire est libre ; libre aussi la cavité axillaire. Toute l'épaule a augmenté de volume, et la tuméfaction est généralement bien régulière. Toutefois, le coude est porté en dehors, écarté du tronc et si l'on considère l'axe du bras, on remarque vers l'insertion deltoïdienne une dépression en coup de hache. L'axe de l'humérus est brisé à ce niveau. Il existe un V ouvert dehors. En même temps le bras paraît raccourci et, si l'on mesure comparativement des deux côtés la distance qui sépare l'épicondyle de l'acromion, on constate qu'au raccourcissement apparent correspond un raccourcissement réel, variable suivant le degré de chevauchement, la nature et surtout la violence de la cause vulnérante. Ajoutez à ces signes la mobilité anormale et la crépitation, que vous serez parfois assez heureux pour percevoir ; mais la crépitation peut manquer, il ne faut pas l'oublier, quand les deux fragments chevauchent et que leur coaptation ne peut être obtenue, soit du fait de la contraction musculaire, soit du fait de l'interposition de parties molles. Grâce à l'ensemble des constatations, vous pouvez reconnaître une fracture du col chirurgical.

La fracture du col anatomique, si elle ne s'accompagne pas de déformation, comme la fracture du col chirurgical, est cependant plus facile peut-être à mettre en évidence, grâce à la constance d'un signe, la crépitation. La tête articulaire, séparée du reste de l'os, mais emprisonnée dans la capsule ligamenteuse, ne subit pas de déplacements, à moins qu'il ne s'agisse de grands fracas. La forme générale de l'épaule est conservée. On constate un gonflement énorme de toute la région, une ecchymose à marche rapide, qui gagne la face interne du bras et le tronc. Il existe une douleur très vive, révélée par la palpation, au niveau du relief deltoïdien, au-dessous de la voûte acromio-coracoïdienne.

On peut la déceler soit en pressant fortement dans le sens transversal la tête humérale, soit en la comprimant d'avant en arrière entre le pouce et l'index. Les mouvements spontanés sont impossibles ; provoqués, ils sont douloureux et s'accompagnent d'un signe capital, la crépitation. Pour embrasser cette dernière, il faut embrasser la partie supérieure de l'épaule avec la paume de la main. Pendant ce temps l'autre main saisit le coude et lui imprime des mouvements variés de rotation et de circumduction ; dans cette manœuvre, l'humérus détaché de la partie articulaire roule à frottement sur cette dernière et produit la crépitation perceptible, non seulement au tact, mais encore à l'oreille. Trélat insistait beaucoup, et avec raison, sur ce signe. Pour en faire saisir l'interprétation il avait l'habitude de représenter la tête articulaire par la paume de la main dans laquelle il faisait mouvoir le poignet fermé de l'autre main.

C'est ainsi qu'il expliquait la constance de ce signe qui manque si souvent dans la fracture du col chirurgical.

Dans cette dernière, nous avons deux fragments petits, cylindriques, souvent taillés en biseau et liés par des muscles puissants : le premier résultat de la contraction musculaire est de les faire chevaucher l'un sur l'autre et de faire disparaître les conditions favorables à la production de la crépitation. Cela est si vrai que, lorsqu'après extension et contre-extension par le procédé Hennequin la coaptation des fragments est réalisée, au moment d'immobiliser ces derniers par l'appareil plâtré, il est possible d'obtenir la crépitation qu'on avait vainement cherchée auparavant.

Nous avons longuement étudié les caractères des luxation et des fractures de l'épaule. Nous allons dire quelques mots des lésions plus rares et moins importantes.

Il ne faut jamais négliger d'explorer la clavicule par la vue et le palper. On la jugera par comparaison avec celle du côté opposé, on se rendra compte de ses courbures, de ses reliefs, des dépressions dont elle peut être le siège, des points douloureux qu'elle peut présenter. L'épine de l'omoplate, l'acromion, l'apophyse coracoïde seront l'objet d'une attention spéciale. Comme complément de tous ces examens, il ne faudra pas négliger d'explorer la sensibilité du membre tout entier et particulièrement de la peau du moignon de l'épaule, à laquelle se distribue le rameau cutané du nerf circonflexe. Cette exploration s'impose même, quand on a été amené à éliminer une fracture ou une luxation et à admettre une contusion simple, l'atrophie du deltoïde pouvant survenir aussi bien à la suite de cette dernière qu'à la suite des premières.

II

TRAITEMENT.

Le traitement suppose un diagnostic précis. Le malade a été examiné, son squelette minutieusement exploré, les os sont dans leurs rapports normaux, ils n'offrent pas de solution de continuité : il existe une *contusion simple*. Le praticien pourra calmer les douleurs par les fomentations habituelles locales, mais il se gardera d'immobiliser la jointure. Une émission sanguine produite avec des sangsues ou des ventouses scarifiées agira avec avantage sur l'élément douloureux.

De bonne heure il aura recours au massage, pratiqué une fois par jour. Il s'attachera particulièrement au muscle deltoïde et suivra exactement la direction de ses fibres, depuis leur insertion humérale jusqu'à leurs insertions acromiale et claviculaire. Les pressions, si elles sont convenablement graduées, seront peu douloureuses.

Les 1res séances dureront 5 minutes, les séances ultérieures 10 minutes. Dans l'intervalle, on laissera le bras libre et on recommandera au malades de le mouvoir : il est un moyen simple qui consiste à saisir un point d'appui un peu élevé, un barreau, un anneau, une corde, etc..., et à s'y suspendre. Cette gymnastique improvisée est des plus favorables : elle complète l'action du massage et contribue, avec lui, à prévenir les raideurs, les ankyloses, les atrophies musculaires. L'administration de bains sulfureux complétera très heureusement cet ensemble thérapeutique.

Le malade n'a pas seulement une contusion : il présente une luxation et, pour prendre un cas ordinaire, une luxation intra-coracoïdienne.

Nous ne décrirons pas tous les procédés qu'on a mis en usage. Nous nous limiterons au procédé de *Kocher*. Bien pratiqué, il donne les meilleurs résultats. Pour notre part, nous ne l'avons jamais vu échouer.

C'est sur-le-champ, dès qu'on a vu le malade et fait son diagnostic, qu'il faut réduire la luxation. A moins de circonstances spéciales ou d'insuccès, il ne faut jamais attendre au lendemain. Il est entendu que nous avons en vue la luxation récente, celle qui remonte à 1, 2, 4, 5 jours au plus. On peut assurément réduire des luxations plus anciennes avec le procédé de Kocher, mais les difficultés sont accrues par la formation de produits néomembraneux autour de la tête déplacée et par l'oblitération de la cavité glénoïde.

On commencera toujours la réduction sans chloroforme ; mais, si elle ne pouvait être obtenue soit par suite de la puissance musculaire du sujet, soit pour toute autre cause, on n'hésiterait pas à recourir à l'anesthésie.

Le malade est assis sur une chaise, ou mieux sur un tabouret élevé, car le dossier de la chaise peut gêner dans les manœuvres. On lui fait prendre une position bien symétrique, comme nous l'avons indiqué plus haut. Des aides en nombre convenable l'assujettissent et l'empêchent de suivre les mouvements qu'on imprime au bras et à l'épaule. Tout étant prêt, du côté du malade et des aides, le praticien saisit à pleine main d'une part le tiers inférieur du bras, d'autre part l'avant-bras très près du poignet. Pour donner plus de précision à notre exposé, nous décomposerons les manœuvres en trois temps.

Premier temps. — On rapproche le coude du tronc de manière à les mettre en contact. Parfois très facile, ce temps offre parfois des difficultés considérables, quand le coude est très éloigné du tronc, ce qui est fréquent. Le malade résiste souvent, surtout quand il est fortement musclé ; il faut user de patience, progresser lentement, fatiguer les muscles : on finit par vaincre leur résistance.

Deuxième temps. — Le coude a été ramené exactement sur la partie latérale et au contact du tronc. On reste un instant dans cette situation et on en profite pour faire reprendre au malade et aux aides leur position respective, si pendant la manœuvre ils ont bougé. Le médecin, tenant toujours le membre du malade, comme nous l'avons indiqué plus haut, lui fait exécuter lentement un mouvement de rotation en dehors. La main qui embrasse le bras ne doit plus bouger : elle immobilise ce dernier. C'est en un point fixe situé sur la partie latérale du tronc que doit s'exécuter ce mouvement de rotation. Le rôle important est confié à la main qui tient l'avant-bras. C'est elle, qui se servant de ce dernier comme d'un bras de levier, provoque le mouvement de rotation du bras en arrière et en dehors. Ce mouvement de rotation se transmet à l'humérus tout entier et on peut le suivre de l'œil et du doigt sur la tête humérale qui bombe dans la région deltoïdienne et qui tend à se rapprocher de la cavité glénoïde.

Troisième temps. — C'est le dernier, la réussite résulte souvent du soin et de la lenteur qu'on a mis à pratiquer les deux premiers. Il faut en effet, avant de le commencer, que les masses musculaires soient flasques et que leur action ne se fasse plus sentir sur le squelette. A l'encontre des deux précédents, il doit être exécuté avec rapidité. Il consiste en un grand mouvement de circumduction qui a pour résultat de ramener l'avant-bras en avant de la poitrine et la main sur l'épaule saine. Dans ce temps, l'humérus est élevé jusqu'à l'horizontale et même plus haut, ramené en avant, puis légèrement abaissé. On exécute ce temps en beaucoup moins de temps qu'il n'en faut pour le décrire.

Si une première tentative échoue, il ne faut pas se décourager et recommencer 2, 3, 4, 5 fois. Si finalement on ne réussit pas, on a recours au chloroforme.

On a dit, et le fait est exact, que le procédé de Kocher échoue quand la luxation est sous-claviculaire. Il est possible de tourner la difficulté, comme cela nous est arrivé, en exerçant sur le membre supérieur de fortes tractions qui ont pour effet de transformer la sous-claviculaire en intra-coracoïdienne..

La luxation étant réduite, il faut la maintenir avec une écharpe ou l'un des nombreux bandages roulés décrits dans les traités de chirurgie. Au bout d'une dizaine de jours, on laisse le membre libre et on fait exécuter des mouvements, d'abord discrets, plus tard plus étendus.

Le diagnostic de *fracture* du col chirurgical ou du col anatomique est porté d'une façon formelle grâce aux signes que nous avons donnés. Que faire ? Il est un appareil, en apparence compliqué, en réalité très simple, qui donne des résultats si parfaits, que nous n'hésitons pas à le recommander et à en donner la description. Nous voulons parler de l'appareil de M. Hennequin pour les fractures du bras. Il est encore peu connu. Nous serions heureux de le vulgariser au grand avantage du médecin et du malade.

Les détails dans lesquels nous sommes obligés d'entrer pour en donner la description complète paraîtront peut-être un peu arides. N'en est-il pas de même de tous les appareils ? Il a l'avantage, entre autres, d'être applicable à toutes les fractures du bras, quel que soit leur siège, depuis la fracture du col anatomique, jusqu'à la fracture du 1/3 inférieur de l'humérus.

On peut le définir en quelques mots ; il consiste à immobiliser dans un appareil plâtré les fragments préalablement coaptés mécaniquement

par deux forces tirant en sens inverse et réalisant l'extension et la contre-extension.

Le malade est assis sur le bord d'une chaise ou s'il est trop impotent, sur le bord de son lit. On applique un bandage légèrement ouaté sur la main, l'avant-bras et le cinquième inférieur du bras. Sur les côtés externe et interne du pli du coude, on dispose deux rouleaux d'ouate gros comme l'index qu'on fixe par quelques tours de bande. Ils forment les piles d'une sorte de pont sous lequel passe l'artère humérale ; placée dans cette gouttière, elle échappe à toute compression par l'appareil.

Dans le creux de l'aisselle, on met une compresse pliée en deux, bien garnie d'ouate, dont les deux chefs sont ramenés sur l'épaule et fixés à l'aide d'un épingle.

L'avant-bras est maintenu demi-fléchi avec une bande nouée autour du cou.

La contre extension est réalisée par une bande, qui passe sous l'aisselle par-dessus le matelas d'ouate ou qu'on attache en un point élevé, un clou, un barreau, etc.

L'extension est pratiquée à l'aide d'une bande qui embrasse la partie inférieure du bras par sa partie moyenne et dont les chefs sont ramenés et croisés en avant du pli du coude. A chacun d'eux on suspend des poids de deux à trois kilogrammes, suivant la puissance musculaire de l'individu.

Grâce à cette extension et à cette contre-extension, les masses musculaires se fatiguent et permettent aux fragments qui chevauchaient de se mettre d'eux-mêmes bout à bout. C'est ce qui se produit pendant qu'on prépare le reste de l'appareil.

On prend une nappe de seize feuillets de tarlatane longue de 1 mètre, mesurant comme largeur la circonférence du bras. On taille en haut une échancrure en forme d'U de 15 à 20 centimètres de profondeur, en bas une autre échancrure beaucoup plus étendue opposée à la première. On doit laisser entrer les deux une distance égale à celle qui sépare le creux de l'aisselle du pli du coude, soit de 22 à 26 centimètres. Chacune des lanières qui limite l'échancrure supérieure doit être divisée profondément avec des ciseaux. Après avoir faufilé les feuillets de tarlatane, on les trempe dans une bouillie de plâtre, comme pour les autres appareils. Nous n'avons, à ce sujet, rien de spécial à noter.

L'appareil est alors appliqué de telle sorte que la grande échancrure supérieure embrasse le creux de l'aisselle et la grande échancrure inférieure le pli du coude, le bord correspondant à la partie postérieure et externe du bras et arrivant presque au contact. Les fentes que nous avons pratiquées aux lanières qui limitent l'échancrure supérieure donnent lieu à quatre languettes, qu'on ramène sur le sommet de l'épaule, en leur faisant contourner la bande qui produit la contre-extension. Les deux lanières de l'échancrure inférieure sont enroulées autour de l'avant-bras.

On roule des bandes autour du bras et de l'avant bras. Après dessiccation de l'appareil on coupe aussi les bandes, qui faisaient l'extension et la contre extension.

Dès que l'appareil est appliqué, le malade ne souffre plus. Il peut se lever, se promener sans rien changer à ses habitudes. La consolidation demande quarante ou cinquante jours, suivant l'âge.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Ce que la loi française entend par « traitement médical ».

A propos d'un testament fait en faveur d'un médecin par sa parenté.

Dans une affaire récente, la Cour d'appel de Paris, interprétant en fait la disposition de l'article 909 du Code civil, a décidé, après le tribunal, qu'on ne doit pas considérer, dans l'espèce, comme ayant « traité » la testatrice, un médecin, son parent, dont l'intervention s'est borné à l'envoi de quelques paquets de morphine, alors qu'elle était soignée, d'ailleurs, par d'autres docteurs.

Les faits de la cause sont exposés par le jugement du tribunal civil de Nogent-sur-Seine, lequel est ainsi conçu :

Attendu que la demoiselle Pieton, par son testament en date du 20 mars 1889, reçu Patrois, notaire à Villenauxe, a institué comme légataire universel le sieur Laforest, docteur en médecine, demeurant à Choisy-le-Roi ; qu'elle est décédée le 19 avril de la même année ;

Attendu que la dame veuve Fagot, héritière naturelle, pour partie, de la testatrice, soutient que le défendeur a traité celle-ci en qualité de médecin, durant la maladie dont elle est morte, et demande l'annulation du testament qui aurait été fait en violation de l'article 909 du Code civil ;

Sur la demande principale :

Attendu que le législateur, en édictant la prohibition de l'article 909, a présumé que le médecin, appelé fréquemment auprès d'une personne atteinte d'une grave affection, pourrait abuser de l'influence que lui donne sa profession sur l'esprit du malade, pour se faire attribuer tout ou partie de sa fortune ; qu'il a visé, non pas une prescription accidentelle, mais un ensemble continu de soins, s'adressant directement à la personne du malade et constituant un traitement ;

Attendu, en l'espèce, que les médecins qui ont traité successivement la demoiselle Pieton, durant les dernières années de son existence, ont été les docteurs Berthaud et Martinet ; que le pharmacien qui lui a fourni ses médicaments a été le sieur Dupont ; que les mémoires qui ont été versés aux débats, et qui seront enregistrés en même temps que les présentes, démontrent que les soins ont été sérieux et continus, et qu'ils ont été donnés d'une manière effective par les médecins traitants ;

Attendu que l'intervention du docteur Laforest s'est bornée à l'envoi de quelques paquets de morphine, antérieurement au 22 septembre 1886 ; qu'il n'est pas établi que ce soit lui qui ait prescrit cette médication, ni qu'il ait donné une seule consultation à la demoiselle Pieton, laquelle avait déjà été soignée par les docteurs Frémy, Ducastel et Carpentier ; qu'il n'apparaît même pas qu'il ait vu celle-ci depuis son installation à Villenauxe en 1884, c'est-à-dire pendant les quatre années qui ont précédé la confection de son testament et sa mort ; qu'on ne peut donc dire qu'il ait traité la demoiselle Pieton au sens de l'article 909 du Code civil;

Attendu qu'indépendamment de toute idée de

suggestion, le mobile qui a déterminé la testatrice à instituer le sieur Laforest son légataire universel s'explique par les relations d'amitié qu'elle avait eues avec ce dernier, qui était son parent et qu'elle avait connu tout enfant ;

Attendu que, s'il n'y a pas eu traitement au sens légal du mot, il devient inutile de rechercher si la demoiselle Pieton est morte de la maladie à l'occasion de laquelle le défendeur lui a procuré de la morphine ;

Sur la demande subsidiaire :

Attendu que la demanderesse, pour établir que le sieur Laforest a traité, en qualité de médecin, la testatrice, s'appuie uniquement sur les envois de morphine qu'il lui a faits ; qu'elle n'articule aucun fait précis et n'offre de faire aucune autre preuve sur ce point ;

Attendu que le fait d'avoir procuré de la morphine n'est pas dénié ; que le tribunal estime qu'il ne constitue pas un traitement ; que, dès lors, il n'y a pas lieu d'admettre en preuve une articulation qui ne serait pas concluante ; que les autres faits articulés ne sont pas non plus pertinents ;

Par ces motifs, déclare la dame veuve Fagot mal fondée en sa demande, l'en déboute et la condamne aux dépens.

Mme veuve Fagot a interjeté appel de ce jugement ; mais la cour de Paris a, conformément aux conclusions de l'avocat général, rejeté, comme non pertinents, les faits articulés en preuve, et a confirmé purement et simplement la décision des premiers juges.

(*Semaine médicale.*)

La preuve des honoraires réclamés par le médecin.

Le tribunal de Libourne vient de décider que la nature particulière de l'exercice de l'art médical dispense les praticiens soit de l'apport d'une preuve écrite, soit d'une justification par témoin du nombre de leurs visites, dès lors qu'ils produisent des documents de comptabilité d'un caractère suffisamment probant.

Voici les considérants du jugement qui réforme une sentence d'un juge de paix :

« Attendu que, sans aller aussi loin que l'arrêt cité par l'appelant, d'après lequel les clients d'un médecin ayant implicitement accepté de s'en référer à la bonne foi du praticien, auraient charge de prouver l'exagération de sa note d'honoraires, il faut reconnaître que la nature particulière de l'exercice de l'art médical dispense les praticiens soit de l'apport d'une preuve écrite, soit d'une justification par témoin du nombre de leurs visites, dès lors qu'ils produisent des documents de comptabilité d'un caractère suffisamment probant ; que, sans doute, leurs livres ne sauraient, au même titre que ceux des commerçants, faire foi en justice, mais que les tribunaux peuvent y puiser les présomptions suffisantes pour fixer leur conviction ;

Attendu, en fait, que le Dr G..., quoique n'ayant malheureusement pas l'habitude de recourir à la comptabilité spéciale des médecins, dont la tenue strictement nécessaire présente les plus sérieuses garanties, a, cependant, fourni au tribunal un agenda régulièrement tenu, offrant des caractères suffisants de sincérité, qui ne paraissent point avoir été produits devant le premier juge ;

Que ce document, rapproché d'autres éléments de la cause et notamment de la nature de la maladie traitée par G..., démontre que sa demande n'a rien d'exagéré.

Par ces motifs,

Le tribunal réforme, etc. »

OBSERVATION. — Lorsque la somme réclamée par le médecin ne dépasse pas 150 fr., la preuve par témoins et par simples présomptions étant admissible, les livres des médecins peuvent tout au moins servir de présomptions, et par suite faire preuve contre le client. Mais si la somme réclamée par le médecin est au-dessus de 150 fr., la question est plus discutée.

Exercice illégal de la pharmacie par un médecin. Tribunal de Caen.

M. B..., pharmacien à Ouistreham, a porté plainte à M. le juge d'instruction de Caen contre M. X..., officier de santé à Amfreville, pour exercice illégal de la pharmacie. Comme il n'existe pas de pharmacie dans cette dernière commune, M. X... avait le droit de vendre des produits pharmaceutiques, mais seulement aux malades qui venaient le consulter, ou auprès desquels il était appelé ; or, l'instruction a révélé qu'il vendait des médicaments à des personnes qui venaient lui en demander pour des tiers, et même sans indiquer pour quelle maladie, de sorte qu'il tenait à Amfreville une véritable officine ; en outre, il apportait des médicaments à ses malades sur la commune de Ouistreham, où habitait M. B...

Le tribunal de police correctionnelle de Caen, par jugement du 23 avril dernier, a déclaré que ces deux faits constituaient l'un et l'autre un exercice illégal de la pharmacie. En conséquence, il a condamné le médecin à 50 francs d'amende et 200 francs de dommages-intérêts envers M. B..., qui s'était porté partie civile ; enfin il ordonne la fermeture de l'officine indûment ouverte. (*Union pharmaceutique.*)

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat départemental des médecins de la Mayenne.

LA CONSULTATION DES CONSEILS GÉNÉRAUX AU SUJET DE LA SUPPRESSION DE L'OFFICIAT.

Laval, le 1er août 1891.

Monsieur et très honoré confrère,

Dans sa séance de juillet, notre Syndicat a voté les démarches à faire auprès de notre Conseil général relativement aux questions qui vont lui être posées, dans la session d'août, par la Commission sénatoriale de la loi sur l'exercice de la médecine.

Ces questions sont encore inconnues dans leur forme : le fonds doit être le maintien ou la suppression de l'officiat de santé dans l'avenir : car la loi ne peut avoir d'effet rétroactif.

Voici ce que je ferai comme président et je crois que tous les présidents peuvent et doivent en faire autant :

1° Demander à être entendu par la Commission du Conseil général et même, si besoin, en séance publique.

2° Exposer les vœux du Syndicat local. Dans le nôtre, les officiers de santé demandent la suppression de l'officiat : ceci peut avoir une valeur dans la décision du Conseil général. Mais ils demandent par dessus tout l'accès facile et simple au titre de docteur. Ceci est de la compétence du Conseil supérieur de l'Instruction publique et échappe à la compétence du Conseil général ;

3° Insister surtout sur ce fait : le Syndicat demande au Conseil général de voter le maintien ou la suppression de l'officiat dans le plus bref délai pour ne pas retarder la discussion au Sénat.

Toute autre considération n'a rien à voir avec le Conseil général. Lorsque le conseil supérieur de l'Instruction publique s'occupera des règlements relatifs aux examens à faire subir aux officiers de santé, c'est à lui que les syndicats pourront s'adresser.

Le Syndicat de la Mayenne a voté également des observations à adresser aux députés relativement à la loi sur l'exercice de la pharmacie. Je vous les adresserai dès qu'elles seront imprimées.

Agréez, etc.

Dr M. Cellier.

Syndicat médical de l'arrondissement de Pontoise

Séance du 16 avril 1891.

La séance est ouverte à 5 heures 1/2 du soir.

Etaient présents :

MM. les Drs Pomme de Mirimonde ; Barbier, de Luzarches ; Galvani, de Sarcelles ; Michaud, de Gonesse ; Legendre, de Montmorency ; Broquet, de Gonesse ; Paret, de Pontoise ; Darêne, de Grissac ; Herpin, Branthomme, Maymou, Piedallu, Rousseau, de Boisemont, Katz et Guy, de Deuil.

Le Dr Bibard s'était excusé par lettre, et avait en même temps envoyé sa démission de président du Syndicat ; lecture fut donnée de cette lettre par laquelle il fait connaître ses regrets de ne pouvoir plus rester en fontions, et dont voici le texte :

« Mes Chers Confrères,

« Le déclin progressif de mes forces m'impose « l'inéluctable nécessité de me confiner abso- « lument chez moi. Toute démarche au dehors « m'est désormais interdite. Je dois donc, bien « qu'il m'en coûte, renoncer au grand bonheur de « me rendre à vos réunions. »

« Notre syndicat, si court qu'ait été encore sa « durée, a déjà vu se réaliser des améliorations « dans la situation morale du Corps Médical. « La nouvelle loi sur l'exercice de la Médecine, « déjà votée par le Corps législatif, si elle ne réa- « lise pas tout ce que nous avions pu désirer, n'en « constitue pas moins un progrès indiscutable « sur l'état de choses antérieur. La disparition de « l'institution hybride des officiers de santé qui, « soumis récemment à des épreuves sérieuses de « savoir, se trouvaient réduits à une position dif- « ficile, sinon inacceptable ; l'impossibilité pour « le médecin étranger de venir nous faire sur le sol « français une concurrence autorisée jusqu'ici « par la faveur ou le caprice ; la répression désor- « mais sérieuse des formes diverses de l'exer- « cice illégal ; le délai de cinq années accordé « pour la prescription de nos honoraires ; le pri- « vilège étendu aux frais de la dernière maladie, « quelle qu'en ait été l'issue ; le droit reconnu aux « Médecins de se réunir en Syndicats et de jouir « des avantages que reconnaît la loi ; la faculté « pour les tribunaux d'interdire l'exercice de la « Médecine aux Médecins véritablement indignes ; « voilà, si je ne m'abuse, des conquêtes sérieuses « dont nous ne pouvons que nous réjouir. »

« Nous ne devons pas oublier toutefois, tant « que notre satisfaction ne sera pas complète, que « ce n'est que par notre accord, par les relations « que nous avons déjà nouées avec nos législateurs « que nous pouvons compléter l'œuvre que nous « avons entreprise.

« Les pouvoirs publics nous sont, en ce mo- « ment, évidemment favorables. Profitons donc « de cette circonstance pour tâcher d'obtenir le « vote des lois complémentaires de celle qui « vient d'être votée par la Chambre des Députés, « lois sur la Médecine des pauvres, sur la Méde- « cine légale, sur l'inspection des enfants en « nourrice. Peut-être y aurait-il lieu de réclamer « certaines modifications dans les rapports entre « les Médecins et les Sociétés de Secours Mutuels, « auxquelles l'État accorde de larges subventions. »

« Tant que je vivrai, mes Chers Confrères, je me « rappellerai avec orgueil combien vous m'avez « honoré par vos suffrages répétés. Séparé de « vous par le corps, je serai toujours avec vous « par l'esprit et le cœur et je ne cesserai de faire « pour tous les membres de la famille médicale « de l'arrondissement de Pontoise les vœux les « plus ardents que j'appuierai toujours de ma « légitime influence, si diminuée qu'elle soit. »

« Notre cher Syndicat a été cruellement éprou- « vé par la mort de Beroy et l'éloignement de « Rousseau, les rudes pionniers de la première « heure. Le corps médical de notre arrondisse- « ment est assez riche de confrères d'élite et de « bonne volonté pour combler facilement ces « vides. Aussi, croyez-moi, chers Confrères, ser- « rez-vous les uns contre les autres, choisis- « sez ceux d'entre vous qui ne reculeront pas « devant l'honneur d'être vos dignitaires et mar- « chez la main dans la main à la conquête d'une « situation honorée et suffisamment rétribuée. »

« Faites aussi connaître votre opinion sur la « question de la caisse d'indemnité de maladies ; « préparez ainsi la solution qui, nous l'espérons, « sera définitive l'année prochaine. »

Dr Bibard,
Président sortant,

Pontoise, le 16 Avril 1891.

Lecture est faite aussi d'une lettre par laquelle le Dr Rousseau, de Domont, donne sa démission de membre du Syndicat et de vice-président à cause de son départ pour l'Amérique. — Démission du Dr Meunier, de Pontoise dont lecture.

Le Dr Hourlier s'excuse au dernier moment de ne pas assister à la séance.

Le vote pour le renouvellement du bureau à lieu.

Sont nommés à l'unanimité des membres présents :

Président : M. Galvani.
Vice-Président : M. Broquet.
Secrétaire-Trésorier : M. Branthomme.

M. Herpin propose ensuite, à cause de la situation nouvelle faite aux Syndicats Médicaux reconnus par la nouvelle loi votée à la Chambre des Députés, d'envoyer à chaque Médecin de l'arrondissement de Pontoise une lettre l'invitant à faire partie du Syndicat. On décide que chacun de

ses membres agira selon son pouvoir sur ses confrères voisins afin de les décider à se joindre à nous.

Puis on procède à la discussion sur la question de l'assurance-Maladie.

On met d'abord aux voix le principe même de l'assurance-maladie qui est voté par 11 membres contre 4.

Après lecture du rapport du Dr Recullez, le projet du Dr Bibard étant connu de tous, le Syndicat émet le vœu que ce soit l'Association générale des Médecins de France qui prenne en main cette affaire et décide que, cette assurance étant étudiée en ce moment par le comité de l'association, il y a lieu d'attendre la délibération à ce sujet et d'agir ensuite selon les circonstances.

M. Paret demande que l'on rétablisse une réunion avec dîner facultatif tous les trois mois. — Adopté.

On décide que l'Assemblée générale obligatoire aura lieu dorénavant le 3e *jeudi d'Octobre* au lieu du 3e jeudi de Janvier. Tout membre manquant à cette assemblée obligatoire sera passible d'une amende de quatre francs, à moins d'empêchement par force majeure, tel que maladie ; les excuses pour cause de clientèle, telle que accouchement, n'étant pas admises.

A 7 heures 1/2 a lieu le banquet de 15 couverts, très animé et empreint d'une grande cordialité.

Lecture avait été faite à la fin de la séance du compte rendu financier se résumant ainsi :

Balance :
Avoir : 418 95
Doit : 161 30

Reste en caisse 257. 65

Le Président, GALVANI. *Le Vice-Président*, BROQUET. *Le Secrétaire*, BRANTHOMME.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Traitement de l'orgelet.

Pendant la période inflammatoire et jusqu'au moment de l'ouverture, méthode antiphlogistique.

Le jour, on fera mettre sur l'œil des compresses chaudes trempées dans la solution suivante :

Eau........................	350 grammes.
Acide borique..............	12 —

Décoller les paupières et lavage rapide du bord ciliaire avec tampon imbibé de cette même solution.

La nuit, cataplasmes de fécule de pommes de terre préparés à l'eau boriquée.

A la période de maturité, dès que le centre de l'orgelet grossit, inciser avec une lancette ou au galvanocautère ; lavage avec la solution suivante :

Eau distillée..................	200 grammes.
Sublimé......................	1 centigr.

A. TROUSSEAU.

REPORTAGE MÉDICAL

— Le 7e Congrès International d'Hygiène et de Démographie s'ouvre à Londres, du 10 au 17 août, sous la présidence de sir Joseph Fayer. Nous notons parmi les membres inscrits pour des lectures M. Gibert (du Havre) : *La diphtérite au Havre* ; *la Phtisie pulmonaire au Havre* ; M. Proust : *des Mesures à prendre à l'égard des navires contaminés.* Sont délégués au congrès : MM. Brouardel, Budin, Charpentier, Chauveau, Colin, Gariel, Roussel, etc.

— Les ambulances urbaines créées à Bordeaux par notre collègue le Dr *Mauriac* ont déjà donné des soins à un grand nombre de blessés et son œuvre est complétée par un dispensaire appelé lui aussi à rendre de signalés services.

— On va créer, à Paris, un institut départemental médico-légal et à la *Maternité* un asile spécial pour les *enfants athrepsiques*.

Syndicat médical de la Seine.

LETTRE-CIRCULAIRE DE M. LE Dr LE BARON.

« Les conditions matérielles de l'existence se sont profondément modifiées depuis un quart de siècle ; la lutte pour la vie est devenue de plus en plus difficile, et celui qui reste isolé a mille chances de succomber. Jamais l'adage « l'Union fait la force » n'a été plus vrai. Tous, sauf le médecin, l'ont depuis longtemps compris. Des syndicats sans nombre se sont formés et se forment tous les jours autour de nous. Seuls les médecins, pleins d'une confiance aveugle, n'ont rien ou presque rien fait pour se défendre. Hommes de science avant tout, ils ont cru que le savoir et le travail suffisaient pour les mettre à l'abri de toute éventualité fâcheuse. Illusion trop souvent déçue quand la maladie ou la vieillesse viennent frapper à leur porte.

Faisons tous nos efforts pour conserver au sein de la société moderne le prestige dont nos pères avaient su s'entourer. Pour cela resserrons les liens qui nous unissent, apprenons à nous connaître et à nous estimer, montrons-nous les uns pour les autres de véritables confrères. Démasquons et combattons ensemble nos ennemis communs. Sachons que le dommage fait à l'un de nous rejaillit tôt ou tard sur la corporation tout entière.

Que ceux auxquels une position indépendante ou une situation officielle permettent de se rendre utiles à leurs confrères moins favorisés, usent de leur influence dans l'intérêt commun : « Noblesse oblige ». Le modeste praticien qui est légion ne sera pas en retard de reconnaissance, et saura prouver aux plus fortunés que le souvenir du service rendu et la gratitude ne se mesurent ni à la fortune, ni à la renommée.

Nous sommes sans ambition, mais nous voulons qu'un certain public qui jour et nuit met nos forces à contribution, sache reconnaître nos services comme ils le méritent. Il faut qu'après de longues années d'un labeur souvent sans trêve, le praticien, même le plus modeste, puisse jouir d'un repos péniblement acquis ; il faut qu'en disparaissant, il laisse à sa veuve et à ses enfants d'autre héritage qu'une situation souvent précaire, quelquefois critique.

Maîtres et élèves, illustres et inconnus, serrons nos rangs, nous y gagnerons tous en dignité et en bien-être.

Pour cela, syndiquons-nous.

Nous travaillerons à réprimer l'exercice illégal de la médecine.

Nous aviserons au moyen de diminuer les per-

tes énormes que nous subissons chaque année sur nos honoraires.

Nous mettrons à l'étude les questions relatives :

Aux rapports du corps médical avec les Sociétés de Secours Mutuels ;

Au repos du Dimanche ;

Aux visites d'urgence, aux visites à heure fixe, aux visites tardives, aux visites de nuit.

Nous nous mettrons en garde contre les gens qui, sans nécessité, réclament nos soins à des jours et à des heures où tout le monde a droit au repos.

Nos diplômes si chèrement achetés nous confèrent des droits, nous saurons les faire valoir. Guerre aux charlatans de tout acabit, guerre à tous les parasites de notre profession ! »

Adresser les adhésions à M. le Dr Le Baron, 4, rue de Lille.

Les réformes de l'enseignement dans les hôpitaux. — Voici terminée cette année scolaire qui s'annonçait grosse de réformes ; elle finit piteusement, sans bruit, comme les précédentes, et les lourdes portes de la Faculté vont se fermer sur le dernier docteur, renfermant précieusement derrière elles le même stock d'inattaquables routines. Un instant, nous avons cru que la Faculté allait sortir de sa torpeur et s'éveiller un tant soit peu. On avait parlé autour d'elle de rivalité, de concurrence possible. Les professeurs s'étaient remués un instant sur leur siège, ils s'étaient convoqués, ils s'étaient même réunis souvent ; mais leurs délibérations sont restées secrètes ! !

Officieusement, sans mandat reconnu, en dehors de toute ingérence apparente de la Faculté, deux professeurs des plus aimés sont venus en leur nom personnel, qui près des médecins, qui près des chirurgiens, et ont tâché d'amener le corps des hôpitaux à se courber et à s'incliner devant l'enseignement officiel. La Société médicale des hôpitaux a ouvert le feu. Pris un peu au dépourvu, par crainte peut-être de trop s'avancer vers un côté adverse, les médecins des hôpitaux (en petit nombre il est vrai) sont entrés dans l'ornière officielle. Ce fut une erreur que comprirent les chirurgiens. Ceux-ci ne se laissèrent amadouer par aucune parole, ils ne voulurent entendre aucune promesse d'où qu'elle vînt et, dédaignant de délibérer sur des racontars, ils attendirent des propositions fermes, officielles, précises, et non des bruits de couloirs colportés mystérieusement de bouche en bouche. C'était, en effet, à quoi se réduisaient aussi bien les propositions de la Faculté que celles du Conseil municipal.

De toutes ces convocations, de toutes ces discussions, que résultera-t-il ? Rien, rien, et encore rien. L'année scolaire a fini comme elle avait commencé ; l'année prochaine commencera et finira de même, et il continuera longtemps d'en être ainsi, sans qu'une réforme sérieuse puisse voir jour. C'est que la proposition des réformes dépend de ceux-là mêmes contre lesquels elles seraient dirigées.

(*Gazette des hôpitaux.*)

— Nous faisons part à nos lecteurs du mariage de M. Chastenet de Castaing, docteur en droit, *Conseil judiciaire de l'Union des syndicats*, avec Mlle Madeleine Louvet. La cérémonie nuptiale aura lieu le mercredi 12 août à Saint-Roch.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le Dr Meunier, à Aizenay (Vendée), membre du Concours médical.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Le traitement de la syphilis en Allemagne et en Autriche, par le Dr Paul Raymond, ancien interne des hôpitaux, lauréat de l'Académie de médecine, in-8° de 80 pages. Prix : 3 fr. net franco 2 fr. 40 pour MM. les membres du Concours médical.

« La thérapeutique de la syphilis, telle qu'elle est instituée en pays allemand, est assez peu connue chez nous pour qu'on trouve dans le livre du Dr Raymond, plusieurs bons renseignements. »

Dernières nouveautés

A LA MÊME SOCIÉTÉ

Envoi franco contre mandat-poste

Guide pratique des Sciences médicales, publié sous la direction de M. le Dr Letulle, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des hôpitaux. Encyclopédie de poche pour le praticien. Ouvrage in-18 de 1,500 pages environ, richement cartonné. Prix : 12 francs.

Théories et applications pratiques de l'hypnotisme (avec 12 figures dans le texte), par le Dr Edgar Bérillon. Prix : 1 fr. 25.

A travers l'Exposition (Souvenir de 1889). *Promenades d'un médecin*, par le Dr Crouigneau. In-8 raisin de 520 pages, orné de 221 figures, dont 7 hors texte et 3 cartes. Prix : 7 fr. 50.

Questions d'internat, Manuel du Candidat, publié sous la direction du Dr W. Morain, avec la collaboration d'un groupe d'anciens internes des hôpitaux de Paris. 1 volume in-18 raisin de plus de 600 pages, cart. à l'angl. Prix 7 fr. 50.

Des climats et des Stations climatiques, par le Dr Hermann-Weber, médecin des hôpitaux de Londres, traduit de l'anglais, par le Dr Paul Rodet, médecin consultant à Vittel. In-8. Prix : 5 francs.

Nos grands médecins d'aujourd'hui, par Horace Bianchon, du *Figaro*. Dessins de Desmoulins. Splendide volume in-8 raisin, tirage en trois couleurs. Prix : 10 francs. — Il a été tiré de ce livre, 100 exemplaires sur papier du Japon, au prix de 30 francs.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Le deuxième Congrès pour l'étude de la tuberculose *(fin)*.

M. Ollivier (de Paris) pense que la *propagation de la tuberculose* se fait très souvent *dans les familles ouvrières par l'habitation* dans des logements précédemment occupés par des tuberculeux et non désinfectés après le départ de ceux-ci. Il serait bien désirable que la désinfection de tout local qui a été habité par un phthisique fût rendue obligatoire.

L'influence aggravante de la grippe sur la tuberculose a été attestée par des lectures ou communications diverses parmi lesquelles la plus importante a été celle de M. Dubrandy (d'Hyères).

La *suppuration des lésions tuberculeuses* est souvent attribuable à l'association de microbes pyogènes (staphylocoques le plus souvent, quelquefois streptocoques) au bacille de Koch; mais celui-ci peut à lui seul, dans certains cas, produire de la suppuration (Hallopeau). C'est surtout quand le bacille est atténué (Arloing), mais aussi dans certaines conditions de résistance des tissus ou de l'organisme; la suppuration est une preuve de l'accroissement de cette résistance au bacille. (Cornil).

Le *lupus érythémateux*, qu'on a hésité longtemps à faire rentrer dans le cadre des affections tuberculeuses, comme le lupus vulgaire, doit être considéré définitivement comme un produit de l'infection tuberculeuse : il est vrai qu'on ne réussit pas à reproduire la tuberculose en inoculant le tissu du lupus érythémateux ; mais c'est parce que le contage est très atténué et modifié au point de n'être plus transmissible aux animaux. (Hallopeau et Janselme).

Complication du lupus vulgaire. Au cours du lupus vulgaire, il peut surgir des accidents généraux fébriles pseudo-typhoïdes, complication imputable à la suppuration du tissu lupique ; c'est là une infection secondaire qui cède au traitement antiseptique des lésions lupiques suppurantes (Lespine, de Lille).

M. Leloir professe depuis longtemps que les lupus non ulcéreux ne renferment pas de microbes de la suppuration ; les lupus ulcéreux contiennent, au contraire, un grand nombre de staphylocoques. Dans ces cas la médication antituberculeuse n'amène pas l'amélioration cherchée, tandis qu'un pansement antiseptique vulgaire produit la cicatrisation rapidement.

Les *restes des aliments consommés par les tuberculeux* peuvent devenir une *cause de contamination*, ainsi que le montre une expérience de M. Schoull (de Tunis) ; c'est un fait qui n'est pas sans intérêt au sujet de la vie des familles pauvres comprenant des tuberculeux, chez elles des raisons d'économie peuvent amener des contaminations de ce genre.

L'*hospitalisation des tuberculeux* a donné lieu à des communications de M. Ch. Leroux sur la nécessité de séjours prolongés dans les sanatoria maritimes pour améliorer les scrofulo-tuberculoses, sur les indications qui doivent faire diriger certains tuberculeux sur des hôpitaux de phthisiques, et d'autres vers les hôpitaux marins ; de M. Léon Petit sur l'Œuvre d'Ormesson, hôpital spécial privé, mais gratuit, pour les enfants tuberculeux, que pourra compléter avantageusement la fondation de colonies agricoles où les tuberculeux guéris seraient préservés des rechutes que leur réserve si souvent le retour dans les villes.

M. Dubrandy (d'Hyères) a montré, une fois de plus, les grands avantages que procure aux phtisiques l'*aération continue et nocturne* par la fenêtre entr'ouverte, telle que M. Bouchard la préconise depuis longtemps.

M. Ch. Sabourin (de Vernet-les-Bains) dépose en faveur de la *cure par l'air des montagnes* telle qu'il l'institue au sanatorium du Canigou. Le temps froid dans un climat sec est plus favorable aux tuberculeux que le temps doux.

L'incision des cavernes pulmonaires a fait l'objet d'un travail de M. Poirier, qui en a simplifié beaucoup le manuel opératoire, et estime que, dans un certain nombre de cas, cette pratique peut rendre de grands services pour les cavernes du sommet.

Nous avons dit que, d'après l'observation de M. G. Colin, la chèvre n'était pas réfractaire à la tuberculose ; le chien ne l'est pas davantage, puisque MM. Chantemesse et Le Dantec ont signalé un cas de *tuberculose spontanée chez le chien.* Elle revêt alors l'apparence sarcomateuse ou carcinomateuse. Le chien n'a donc pas un sérum qui lui donne l'immunité contre la tuberculose.

Le *traitement chirurgical de la tuberculose du testicule* ne doit jamais être la castration (Humbert, Verneuil), qui provoque trop souvent une généralisation rapide. Le meilleur procédé serait la destruction précoce et complète à la curette des foyers tuberculeux du testicule et de l'épididyme après incision de la tumeur au thermo-cautère. On conserve la gangue cellulaire périépididymaire, la tunique vaginale épaissie, et après la cicatrisation il reste un noyau qui suffit à donner l'illusion d'un testicule.

M. Marfan a étudié avec soin les *troubles et lésions gastriques dans la tuberculose pulmonaire.* Il distingue la *dyspepsie commune* des phthisiques, caractérisée par la diminution de l'appétit, les malaises suivant l'ingestion alimentaire, les éructations et régurgitations acides, la toux gastrique (succédant aussitôt à l'ingestion des aliments) et provoquant le vomissement. Ces troubles résultent, les uns de l'affaiblissement de la motricité (dilatation de l'estomac) et de la diminution de l'acide chlorhydrique (hypopepsie avec ou sans fermentations putrides) ; les autres (toux et vomissement) résultant de l'excitabilité anormale du nerf vague.

Puis il y a chez certains tuberculeux une *dyspepsie précoce prodromique* avec hyperchlorhydrie, gastralgie, qui s'accompagne toujours de dilatation gastrique.

Enfin, à la période cavitaire existe une gastrite terminale avec langue rouge vif, vernissée, dépouillée comme après la scarlatine, avec anorexie profonde et souvent diarrhée. On ne peut fixer à l'avance ni le régime, ni les remèdes qui conviennent à l'estomac de chaque phthisique. C'est tantôt le traitement de l'hyperpepsie, tantôt celui de l'hypopepsie, tantôt celui de la dilatation de l'estomac, tantôt celui des fermentations putrides.

La suralimentation n'est légitime que lorsque le suc gastrique n'est pas trop insuffisant. La fréquence des vomissements indique l'emploi des anesthésiques de l'estomac, solution créosotée faible, cocaïne, acide phénique, menthol, eau chloroformée.

L'influence des poussières de kaolin sur la tuberculose des porcelainiers a été mise en lumière par M. Boulland (de Limoges). Ces poussières provoquent, on le sait depuis longtemps, des scléroses pulmonaires, des pneumonies chroniques simples ; elles peuvent aussi, en produisant des ulcérations pulmonaires, ouvrir une porte d'entrée aux bacilles et amener la phthisie bacillaire ; mais, même dans ce cas, la marche de la tuberculose est celle de la phthisie fibreuse.

M. Arthaud fait connaître les résultats avantageux qu'il a obtenus par le *tannin* dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, à la condition de l'employer dès la période d'invasion.

M. Desprez (de Saint-Quentin) reconnaît au *chloroforme* des propriétés antibacillaires merveilleuses. Il a pu faire prendre 1 à 2 gr. de chloroforme par jour sous forme d'eau chloro-

FEUILLETON

Le mal et le bien qu'on a dit des médecins.

(*Suite et fin*)

J'aurai recours à la médecine le plus tard que faire se pourra ; je la regarde comme la sœur presque jumelle de la métaphysique, par son incertitude.

D'Alembert. (*Lettres au roi de Prusse.*)

***

Il y a parmi les morts une honnêteté et une discrétion la plus grande du monde et jamais on n'en voit se plaindre du médecin qui l'a tué.

Molière.

***

Un médecin est une sorte d'homme payé pour dire des fariboles dans une chambre, auprès d'un malade, jusqu'à ce que la nature ait guéri celui-ci, ou que les remèdes l'aient fait crever.

La Bruyère.

***

Les médecins font les cimetières bossus et la terre couvre leurs fautes.

II

Ces récriminations sont certainement très drôles ; mais qui ne sent qu'elles sont fausses, exagérées, ou dictées bien plus par le désir de faire un bon mot que par un esprit d'hostilité réelle ? — Notre amour-propre, qui aurait le droit de le prendre de haut, pourra se dispenser de sortir son grand sabre du fourreau, pour crever ces bulles de savon. — Il suffira, pour rétablir l'équilibre, de faire la contre-partie de ces facéties : « Les dogmes et les lois, a dit Boyer, varient suivant les temps et suivant les lieux ; l'œuvre du médecin ne change jamais : Son sacerdoce ne se circonscrit point, parce qu'il n'a pas d'autres limites que celles de l'humanité. Il est le frère de tous ceux qui souffrent et proclame ainsi le dogme véritable de l'universelle fraternité. — Il peut dire et montrer à tous, pour consoler les faibles et pour instruire les grands, que nous commettons les mêmes fautes expiées par les mêmes douleurs, et que, soumis à des destinées communes, nous devons tous nous secourir et nous aimer ! »

***

La médecine est contemporaine de la souffrance, et, par conséquent, de l'humanité. Mais il a fallu qu'elle accumulât son action utile à travers les siècles, avant d'apparaître comme un instrument de bien-être et d'ordre social.

La plaisanterie est devenue un hors-d'œuvre inoffensif et disparaît devant le caractère nouveau, que tend à prendre la science dans la société moderne. — Le théâtre, qui, dans tous les temps,

formée pendant deux mois à une malade qui a obtenu une amélioration notable. Il emploie aussi l'eau chloroformée pour laver des abcès tuberculeux.

M. Marguery préconise l'*acétate de plomb* dans le traitement de la pneumonie et de la bronchopneumonie chez les sujets tuberculeux ou menacés de tuberculose.

M. Debacker (de Roubaix) pense réaliser le meilleur traitement palliatif et curatif de la tuberculose par les injections hypodermiques des médicaments suivants qu'il considère comme les meilleurs antiseptiques : spartéine, arséniate de strychnine, eucalyptol, gaïacol, chlorure de zinc.

MM. H. Huchard et Faure-Miller ont employé des *injections sous-cutanées de camphre* (10 gr. pour 100 gr. d'huile d'olive stérilisée, additionnée quelquefois de gaïacol). On injecte 10 à 25 centigrammes. Elles ne sont pas douloureuses, sauf une sensation légère d'engourdissement ; pas d'embarras, ni d'abcès. Tolérance parfaite pendant huit jours, puis goût de camphre dans la bouche, qui nécessite une suspension de deux jours. Avantages : retour du sommeil et de l'appétit, suppression des sueurs, amélioration des digestions et de l'état général, possibilité de se passer de la morphine.

Les *vœux émis par le Congrès* en terminant ont été les suivants, relatifs à la prophylaxie :

1° Que l'inspection sanitaire des viandes soit exercée sur toute l'étendue du territoire ;

2° Que les tueries particulières soient remplacées par des abattoirs dans les agglomérations d'au moins de 500 âmes ;

3° Que toutes les viandes tuberculeuses soient rendues inoffensives par les moyens appropriés, et qu'une indemnité soit allouée aux propriétaires ;

4° Il y a urgence à soumettre, aussi vite que possible, à une surveillance sanitaire, les vacheries industrielles destinées à la vente du lait en nature, entretenues dans les villes ou leur voisinage :

5° Tout local dans lequel un tuberculeux sera mort ou aura habité devra immédiatement être désinfecté par mesure administrative.

Prophylaxie de l'ophthalmie des nouveau-nés par la poudre d'iodoforme.

M. *Valude* a fait à l'Académie de médecine une communication sur ce sujet.—L'introduction en obstétrique de la méthode de Crédé, c'est-à-dire l'instillation, au moment de la naissance, dans les yeux de l'enfant nouveau-né, d'une solution de nitrate d'argent à 2 p. 100, a fait tomber considérablement la proportion des ophthalmies. Toutefois l'application de cette méthode n'est pas toujours parfaitement réalisable parce que la solution de nitrate d'argent, même conservée dans les meilleures conditions, s'altère et devient inactive et d'autre part les sages-femmes n'ont pas qualité pour prescrire une solution d'un sel aussi caustique ; et c'est chez les sages-femmes des grandes villes que se produit la majeure partie des ophtalmies des nouveau-nés qui aboutissent aux pires conséquences.

Il serait donc intéressant de vulgariser l'emploi d'une méthode facile à mettre en pratique, innocente dans ses conséquences immédiates, et en même temps sûre.

La poudre d'iodoforme insufflée au moment de la naissance dans les yeux des nouveau-nés semble répondre à ces desiderata sans présenter les quelques inconvénients du nitrate d'argent. La poudre d'iodoforme, en effet, peut se conserver longtemps sans altération ; elle ne

---

a été une des expressions les plus caractéristiques des sentiments de chaque époque, traduit d'une façon saisissante l'opinion populaire actuelle. Les médecins figurent dans quantité de comédies et de drames, et toujours avec un caractère scientifique grave et irréprochable. Les médecins de Molière ne feraient plus rire aujourd'hui.

C'est avec la création des hôpitaux que la notion exacte de la valeur et de l'efficacité de la médecine et de son caractère scientifique a pénétré dans l'intelligence populaire et y a fait entrer l'idée de respect, qu'elle n'a cessé de lui accorder.

Après avoir rencontré le médecin dans les hôpitaux, l'homme du peuple, devenu soldat ou marin, l'a vu près de lui, à la caserne, au bivouac, dans les combats, soldat lui-même soumis aux mêmes privations, exposé aux dangers communs.

Le médecin militaire lui est apparu comme un instrument de salut contre les chances meurtrières de la bataille. C'est à l'hôpital et à l'armée qu'une cordialité particulière s'est établie entre le médecin et la nation.

...En retour, la nation étend les limites de la confiance qu'elle accorde aux médecins, en les chargeant de plus en plus de la protection et de la défense, non seulement d'intérêts sanitaires, mais aussi d'intérêts sociaux et politiques.

Cet hommage rendu à la médecine est un signe des temps ; C'est la vision distincte de la prépondérance de la science dans l'avenir. C'est par l'influence médicale qu'une part des vérités scientifiques et morales pénétrera de plus en plus dans la conscience humaine.

(Dr Worms, membre de l'Académie de médecine. *Le médecin dans la société moderne.*)

....

Dans ce monde des médecins, où j'ai vécu quelques années, et qui est curieux à peindre, écrivait naguère Maurice de Fleury, j'ai vu le beau courage à la besogne, une admirable résignation philosophique, un grand amour de la vérité accessible, et la foi dans la vie, le vigoureux espoir en l'avenir. Je me permets de penser qu'en dépit de tous leurs péchés, ces hommes sont très braves, très bons, très courageux, si l'on compte de quelle ardeur ils luttent sur la terre et quelle est leur vaillance au milieu de tous les obstacles.

Et ce n'est pas seulement leur courtoisie qu'il faut louer ; mais aussi, quelle dignité, quel beau mépris des questions d'argent, — je dis cela sans rire, — quel fier sentiment du devoir et de l'honneur professionnel !

Sans compter que les médecins, plus peut-être qu'ils ne le croient, sont les vrais dirigeants de la pensée moderne, les initiateurs de presque tout ce qui se fait d'intellectuel aujourd'hui.

Dans aucune profession on ne trouve le même ensemble d'idées générales communes.

En philosophie, en politique, en religion et

peut être confondue avec une autre substance et l'usage peut en être permis aux sages-femmes. L'insufflation de la poudre d'iodoforme est aussi facile que l'instillation d'une solution de nitrate d'argent et l'on ne constate pas après l'iodoforme la petite réaction conjonctivale qui marque l'usage du nitrate d'argent ou du simple jus de citron employé avec succès par M. le professeur Pinard.

En raison de ces quelques avantages de commodité, il y aurait donc un motif d'adopter le mode de désinfection des yeux des nouveau-nés par la poudre d'iodoforme, s'il était démontré que par ce moyen la prophylaxie de l'ophthalmie est aussi bien assurée que par le nitrate d'argent.

Or, les statistiques recueillies dans le service de M. le professeur Tarnier et de M. Bar, portant sur un chiffre de plus de 500 enfants, ont montré que, toutes choses égales d'ailleurs, désinfection maternelle et hygiène nosocomiale, la proportion des ophthalmies était *deux fois moindre* avec l'insufflation de l'iodoforme qu'avec l'application de la méthode de Credé.

La poudre d'iodoforme finement porphyrisée se loge dans les culs-de-sac conjonctivaux, s'y maintient pendant plusieurs jours en assurant l'asepsie du champ oculaire. La désinfection de l'œil est ainsi assurée sans qu'on ait rien à redouter du côté de la cornée que l'iodoforme ne peut attaquer. De plus, il semble que les ophthalmies qui se déclarent malgré cette prophylaxie aient perdu une partie de leur virulence, la cornée est rarement attaquée et surtout compromise après la désinfection par la poudre d'iodoforme.

La nouvelle méthode peut se formuler ainsi : *Aussitôt après la naissance, pendant le court instant d'arrêt qui précède la section du cordon, on essuiera les yeux du nouveau-né avec une boulette de coton hydrophile imbibée d'un liquide antiseptique quelconque et on insufflera entre les paupières entr'ouvertes une petite quantité de poudre d'iodoforme finement pulvérisé.*

Cette insufflation ne sera pas répétée.

Effets de la tuberculine sur les pleurésies.

M. *Debove* a montré que le liquide pleurétique renferme une substance fort analogue à la tuberculine, puisque l'injection de ce liquide stérilisé a produit, chez des tuberculeux, des réactions plus ou moins intenses. C'est là, dit M. *Netter*, dans la dernière séance de la Société médicale des Hôpitaux, un nouvel argument en faveur de l'origine tuberculeuse d'un certain nombre de pleurésies franches en apparence. L'année dernière, d'ailleurs, à Berlin, on injecta de la lymphe de Koch à des malades atteints de pleurésie et à des convalescents de pleurésie ayant évolué comme la pleurésie simple. Or, ces sujets présentèrent une réaction générale, et chez quelques-uns même on vit apparaître des frottements, des râles, de l'expectoration, c'est-à-dire une réaction locale du côté du poumon. La lymphe de Koch avait donc, dans ces cas, dépisté la tuberculose.

Ainsi, les pleurétiques réagissent, vis-à-vis de la tuberculine, comme les sujets nettement tuberculeux, et cela très fréquemment, puisque, sur 15 malades auxquels on injecta de la lymphe, 13 présentèrent la réaction ordinaire (soit 87 p. 100).

Il est intéressant de rapprocher ces résultats de ceux de M. Debove. Ils se complètent réciproquement. Les pleurétiques réagissent vis-à-vis de la tuberculine comme les tuberculeux. Les épanchements pleurétiques renferment de

---

même en art, les médecins ont presque tous des tendances pareilles, une sorte de haut bon sens qui les guide à merveille et semble leur appartenir en propre.

Cela tient, j'imagine, à leur grande habitude d'observer des malades, de différencier, au moral tout comme au physique ce qui est droit, et ce qui est faussé, ce qui est équilibré et ce qui est détraquement.

Et dites-moi quels sont les plus grands patriotes, de ceux qui croient à la revanche, une fois l'an, devant la statue de Strasbourg, ou de ceux qui, patiemment, ont fait depuis vingt ans de l'Ecole scientifique française la plus magnifique du monde, ou, tout au moins, l'égale des plus magnifiques ?

Dans ses Dialogues philosophiques, M. Renan, qui n'est point un sceptique autant que l'on veut bien le croire, entrevoit un merveilleux avenir social, où le savant serait le roi. Il s'en faut que nous en soyons à la réalisation de ce rêve ; mais nous pouvons dès maintenant constater avec un bon orgueil quel rôle chaque jour plus prépondérant le médecin joue en ce monde.

* *

Notre profession a un caractère si spécial, elle confie à celui qui l'exerce de si grands intérêts, elle l'appelle à des fonctions si délicates, elle le charge de responsabilités si lourdes, elle l'initie à tant de secrets, qu'elle soumet l'accomplissement du devoir à des conditions plus hautes et plus rigoureuses pour lui que pour tout autre. L'objet exclusif de la profession médicale est, en un seul mot, de faire le bien ; aucun autre n'a ce grand privilège. Dans toutes on doit exiger l'honnêteté ; celle du médecin, avec celle du prêtre, est la seule dans laquelle ce soit une forme obligatoire de l'honnêteté de se mettre au service de tous, d'élever l'intérêt d'autrui au-dessus du sien propre, de braver les dégoûts et les fatigues, de risquer sa vie pour le salut de ses semblables ; et c'est en réalité un hommage que lui rend la loi, quand elle crée pour lui des obligations et des responsabilités professionnelles, parce que, c'est lui reconnaître par là une certaine prééminence dans l'échelle des professions.

(Article Déontologie du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*)

Raillez donc, dirai-je, en terminant, avec le Dr Witkowski, calomniez à votre aise le médecin, cela ne l'empêchera pas, à l'occasion, de remplir avec zèle sa noble mission, qui est de guérir quelquefois, de soulager souvent et de consoler toujours..... des ingrats ou des indifférents !

Dr Grellety (de Vichy).

la tuberculine comme les produits de culture du bacille tuberculeux.

L'artério-sclérose de la pointe du cœur.

Dans le cas de sclérose cardiaque, la lésion ne porte pas toujours sur le cœur tout entier ; le plus souvent, au contraire, elle se localise dans des régions déterminées de l'organe. Déjà en 1889, dans ses leçons sur les maladies du cœur et des vaisseaux, M. Huchard avait parlé de ces *localisations myocardiques* et décrit la *myocardite de la cloison*.

La sclérose peut, dans certains cas, siéger uniquement à la pointe du cœur. Il en résulte un trouble profond dans le fonctionnement de l'organe, une tendance à la cardiectasie et aux accès asystoliques, une prédisposition aux insuffisances fonctionnelles de la mitrale et à l'impuissance du myocarde. Sur sept cas observés, la maladie s'est terminée trois fois par mort subite. Le siège de la lésion joue donc un rôle aussi important que son étendue et que son intensité dans la production de certaines formes cliniques, et au point de vue du pronostic. Histologiquement, l'artério-sclérose de la pointe réalise absolument les caractères de la sclérose *dystrophique*, si bien étudiée par M. H. Martin et que MM. Huchard et Weber ont décrite il y a cinq ans. Ce sont des îlots de sclérose, formés d'un seul bloc, bien limités, le passage de ces îlots au parenchyme normal se faisant brusquement, sans lésions de transition ; cette transformation scléreuse est toujours consécutive à une artérite coronaire.

M. Huchard admet que, sans faire de localisation myocardique à outrance, il faut cependant attribuer au siège de la lésion une grande importance clinique ; ce sont, peut-être, ces variétés de siège qui peuvent rendre compte de la diversité d'aspect des cardiopathies artérielles, qui prennent les formes dyspnéique, angineuse, tachycardique, arythmique, etc. Ces localisations myocardiques et le mode de production de ces scléroses dystrophiques, consécutives à l'endartérite, prouvent que le terme de myocardite interstitielle chronique, encore accepté par la plupart des auteurs, consacre une erreur anatomique ; il n'y a pas d'inflammation, mais une dégénérescence du myocarde ; on devrait donc, dans ce cas, substituer au mot de myocardite aiguë ou chronique celui d'*artério-sclérose du cœur* ou de *cardio-sclérose*.

Le diagnostic de la cardio-sclérose repose sur quatre lois cliniques que M. Huchard formule ainsi :

1° L'insuffisance rénale est un symptôme précoce et presque constant de toutes les cardiopathies artérielles, même en l'absence d'albuminurie ;

2° En raison de la lésion dégénérative du myocarde qui en affaiblit la résistance, toute cardiopathie artérielle est une menace imminente de dilatation cardiaque ;

3° Le rythme du cœur étant une fonction du muscle cardiaque et non de son système nerveux, toute cardiopathie artérielle a une tendance à s'accompagner, d'une façon continue ou paroxystique, de symptômes arythmiques ;

4° Suivant la localisation des lésions (aux piliers valvulaires, à la pointe du cœur, aux régions ganglionnaires, au point vital du cœur, etc.), la maladie prend des formes diverses ; elle peut se terminer lentement par asystolie ou brusquement par la mort subite.

Méningite et abcès tuberculeux du cerveau.

M. *Rendu* recevait dans son service, le 29 juin dernier, une femme de 38 ans, atteinte d'un rétrécissement mitral ; elle était déjà venue plusieurs fois à l'hôpital pour des crises d'asystolie. Mais, cette fois, M. Rendu fut frappé de l'amaigrissement, de la pâleur et de la faiblesse de cette malade. Elle était très oppressée et n'avait cependant pas d'œdème des membres inférieurs. On ne trouvait rien au cœur en dehors des signes du rétrécissement mitral. Des deux côtés de la poitrine, on entendait des râles sibilants disséminés. La malade se plaignait en outre d'une céphalalgie intense qui occasionnait une insomnie persistante. Le 3 juillet, on ouvrit un petit abcès froid de l'avant-bras ; la guérison fut rapide. Du 4 au 8 juillet, les phénomènes persistent ; la céphalalgie est toujours aussi intense, l'insomnie est tenace. Du 8 au 16, une légère détente se produit ; la céphalalgie diminue et la malade tombe dans une somnolence que l'on attribue à la morphine. Le 16 juillet, on observe un brusque changement : la malade est dans la prostration ; on note un embarras considérable de la parole, un certain degré d'aphasie ; les membres sont considérablement affaiblis, la mémoire est presque perdue. M. Rendu diagnostique un ramollissement cérébral cortical, voisin de la circonvolution de Broca, et dû à une thrombose de la sylvienne gauche. Le 17 juillet, à tous les signes précédents se joint une paralysie faciale gauche incomplète, avec parésie du même côté. Le pouls est lent, inégal ; il ne bat que 40 fois à la minute. Le diagnostic de thrombose de la sylvienne gauche est écarté, et l'on pense à une méningite tuberculeuse. Le 18 juillet, la malade est presque dans le coma ; l'hémiplégie gauche s'est accentuée ; la sensibilité ni les réflexes ne sont abolis ; pupilles normales ; pouls, 56 ; ventre déprimé, raie méningitique. Mort le 20 juillet.

A l'autopsie on trouve une méningite tuberculeuse occupant la base de l'encéphale, surtout à la région sylvienne ; pas de ramollissement des hémisphères. A l'ouverture des ventricules latéraux, le corps strié gauche paraît volumineux, saillant, fluctuant ; une incision donne issue à du pus phlegmoneux enkysté dans une coque inflammatoire du volume d'un œuf de pigeon. Un autre abcès, beaucoup plus petit, siège dans l'hémisphère droit du cervelet. Les poumons, les reins, le péritoine présentent des granulations récentes. Le pus des abcès contenait le bacille de Koch à l'état pur, sans mélange d'aucun des organismes de la suppuration. Donc, le bacille de Koch était devenu pyogène, et avait produit des abcès d'apparence phlegmoneuse.

L'observation de M. Rendu est fort analogue à un cas de Fraënkel, dans lequel un abcès d'apparence phlegmoneuse, développé dans la substance blanche, près de la troisième circonvolution frontale gauche, fut produit uniquement par le bacille de Koch ; le malade, un jeune homme de 23 ans, avait présenté de l'aphasie,

une paralysie faciale incomplète et une paralysie du bras droit.

— M. *Chauffard* a observé aussi un malade qui mourut avec tous les symptômes d'une méningite tuberculeuse. A l'autopsie, on ne trouva pas de méningite tuberculeuse, mais un abcès sous-cortical du cerveau. Les méninges étaient saines, sauf au niveau de l'abcès. Malheureusement l'examen bactériologique du pus des abcès ne fut pas fait.

MÉDECINE PRATIQUE

Rôle des injections sous-cutanées de créosote ou de gaïacol dans le traitement de la tuberculose.

Le 2e Congrès de la tuberculose va donner un élan nouveau à l'emploi des injections sous-cutanées de créosote ou de substances similaires dont M. Gimbert s'est fait, depuis bon nombre d'années, le promoteur et qu'il a été pendant longtemps le seul à mettre en pratique. J'ai déjà fourni sur les injections sous-cutanées d'huile créosotée, d'après la méthode du très distingué médecin de Cannes, des renseignements au point de vue de la technique et des résultats statistiques. Mais M. Gimbert est venu apporter à ce dernier Congrès un nouveau témoignage en faveur de cette méthode, et ses imitateurs ont aussi déposé favorablement. L'ocasion est donc bonne pour revenir sur la question, d'autant que, si on met à part les injections de sérums d'animaux (chien, chèvre), question trop peu mûrie encore pour que nous puissions la juger ici on n'a guère eu à enregistrer dans ce Congrès de sérieuses acquisitions thérapeutiques au point de vue de la tuberculose pulmonaire; car la méthode sclérogène de Lannelongue par les injections de chlorure de zinc ne s'adresse jusqu'ici qu'aux tuberculoses locales.

I

Un premier fait sur lequel il convient d'insister, c'est que la créosote continue à tenir le premier rang parmi les médicaments auxquels on peut reconnaître quelque efficacité contre la tuberculose. Comme MM. Bouchard et Gimbert, M. Sée, M. Tapret, M. Burlureaux, avec des modes d'administration différents, s'en sont tenus à la créosote.

On lui a bien opposé le gaïacol, qu'on dit être son principe le plus actif et sur lequel voici quelques renseignements. « Grâce aux perfectionnements des nouveaux appareils à distillation fractionnée, dit M. Adrian, on est parvenu à isoler de la créosote deux produits, le créosol et le gaïacol, le dernier surtout doué des mêmes propriétés que la créosote et semblant en être le véritable principe actif. Le gaïacol est connu depuis longtemps; c'est Sobrero qui l'obtint le premier dans la distillation sèche de la résine de gaïac; c'est de là qu'est venu son nom, mais c'est en 1887 seulement que Fischer le retira de la créosote. Cette dernière donne à la distillation environ 90 0/0 d'un produit passant entre 200 et 210°; ce produit rectifié donne d'abord entre 200° et 205° du gaïacol (environ 1/3), puis au delà de 205°, du créosol. »

M. Picot (de Bordeaux) est de ceux qui considèrent le gaïacol comme le principe actif de la créosote et il l'associe à l'iodoforme pour l'employer en injections sous-cutanées en le dissolvant dans l'huile d'olive stérilisée et la vaseline, de façon que 1 centimètre cube contienne 1 centigr. d'iodoforme et 5 centigr. de gaïacol. Laborde et Pignol ont supprimé la vaseline et associé au gaïacol et à l'iodoforme l'eucalyptol (14 centigr. pour 1 cent. cube).

Pour moi, je suis assez de l'avis du Dr Perron (de Bordeaux), qui écrit dans le *Bulletin de thérapeutique* (30 juillet 1891), « que la créosote, étant un ensemble intégral de plusieurs éléments doués chacun de sa part d'activité, doit offrir plus de garanties que le gaïacol seul. Or, on commence, ajoute-t-il, à constater que cette dernière substance non seulement n'a pas de propriétés exceptionnellement favorables, mais encore qu'elle amène des phénomènes généraux de congestion, d'excitation, dont le danger n'a pas besoin d'être démontré. M. Dujardin-Beaumetz, qui a fait ces observations, estime même que les symptômes causés par le gaïacol sont analogues à certains effets de la lymphe de Koch. C'est donc pour de bons motifs qu'on se décide à revenir à la créosote dont l'action est sûre, énergique, sans effets fâcheux. »

J'ai plusieurs fois essayé, pour ma part, à la sollicitation de certains malades ou de confrères, de substituer le gaïacol à la créosote par la voie buccale, et j'y ai renoncé, trouvant qu'il agissait moins activement et troublait plus les fonctions digestives. Je n'ai pas d'expériences personnelles relativement aux injections sous-cutanées de gaïacol: on m'a montré quelques malades traités ainsi et ayant été améliorés, mais on m'a cité, par contre, le fait récent d'accidents d'allure toxique chez plusieurs malades soumis à ce traitement. Ma conclusion actuelle est donc qu'il n'y a pas lieu jusqu'ici d'abandonner la créosote.

Sahli, de Berne, qui, après avoir essayé le benzoate de gaïacol, a reconnu son inefficacité même à dose de 10 gr. par jour, mais qui préconise le gaïacol lui-même, n'admet pas que ce corps agisse comme spécifique, ni comme antiseptique pulmonaire, mais comme antiseptique stomacal et stomachique.

II

M. Gimbert a établi que l'huile d'olive, rapidement acide après son extraction, peut être neutralisée par des lavages à l'alcool absolu; qu'une température de 110 degrés suffit à la stériliser; enfin, que la solution huileuse au quinzième de créosote vraie respecte intégralement la structure et les fonctions du tissu sous-dermique et peut être absorbée en toutes proportions et à des doses très élevées, si l'on a soin de la faire pénétrer *avec lenteur* (30 gr. par heure).

Après avoir pratiqué plus de 3,000 injections, il se croit autorisé à ajouter que l'injection d'huile créosotée, employée suivant sa méthode, peut, dans un grand nombre de cas, créer l'antisepsie de la tuberculose en évolution, c'est-à-dire détruire, supprimer les microbes variés et associés qui jouent un rôle à côté du bacille de Koch dans la tuberculose et leurs toxines et préparer des guérisons définitives ou apparentes.

Procédé opératoire et préparations. — M. Gimbert continue à se servir de l'appareil qu'il a décrit en le modifiant suivant les circonstances.

C'est un récipient muni de deux tubulures : l'une d'elles, en communication avec une pompe à air, sert à amener dans le flacon de l'air comprimé ; l'autre, munie d'un tube qui plonge jusqu'au fond du récipient et en communication avec un tuyau en caoutchouc armé d'une aiguille ; c'est par ce dernier que l'huile s'écoule quand on comprime l'air dans le flacon. Sur le tube est disposé un robinet qui sert à graduer le débit. Au moyen de cet appareil le malade lui-même ou quelqu'un de son entourage peut faire l'injection. M. Gimbert insiste sur la nécessité de le bien stériliser avec une solution alcoolique de naphtol au centième. Il recommande aussi expressément de se servir de créosote pure, c'est-à-dire de créosote distillée entre 200 et 212 degrés, présentant une densité de 1080 et débarrassée de l'acide phénique qu'elle contient. Enfin, il insiste plus que jamais sur la nécessité de préférer à tout autre véhicule l'huile d'olive neutralisée et stérilisée, qui donne toute sécurité au point de vue des inflammations locales et permet d'injecter, sans accidents, des doses relativement très élevées de créosote.

Effets physiologiques. — Si l'on administre à un sujet sain 2 ou 3 grammes de créosote, dissoute dans de l'huile stérilisée, on détermine un abaissement léger et éphémère de la température. Elle ralentit le pouls et la respiration. Elle excite le système nerveux et provoque l'appétit. Elle s'élimine rapidement et en masse par les voies respiratoires, moins par le rein et par la peau. Durant son passage à travers ces organes, elle ne cause aucune irritation. La rapidité avec laquelle, durant l'injection, se perçoivent le goût et l'odeur du médicament injecté, fait prévoir l'intensité de son action sur l'appareil respiratoire. Il est probable que cette action s'exerce aussi sur les reins et même sur la peau.

M. Bouchard a établi que la créosote a un pouvoir antiseptique indiscutable.

Effets thérapeutiques. — Quand on injecte 2 à 3 grammes de créosote à un malade, on provoque presque toujours une sensation vive de chaleur, la face se colore, la température du sang s'élève pendant quelques minutes, puis le front, la face, le corps se couvrent de sueur et aussitôt après le pouls, la respiration se ralentissent et la température baisse. Après un temps variable, tous ces troubles se calment, l'appétit s'éveille, une nuit très calme succède à une agitation légère, le malade éprouve un grand bien-être. Parfois dans les cas apyrétiques, le plus souvent dans les cas fébriles, il arrive que, six heures après l'injection, le malade éprouve une sensation de froid, pouvant aller jusqu'au frisson, et suivie d'un véritable accès de fièvre.

On peut diviser en trois phases l'évolution thérapeutique des phénomènes provoqués par l'injection d'huile créosotée. La première phase, dite de réfrigération, est caractérisée par une chute de la température, des sueurs et un ralentissement du pouls et de la respiration. La seconde, dite d'équilibre, correspondant au retour de la température à la normale ; la troisième, dite de réaction, est provoquée par des modifications passagères du tissu pulmonaire et des élévations de température qui, dès qu'elles dépassent un degré, acquièrent une importance et une signification sur lesquelles il convient d'insister.

Cette réaction, qu'il ne faut pas confondre avec la fièvre tuberculeuse, est un phénomène thérapeutique provoqué par la créosote. Elle se présente souvent pendant l'évolution thérapeutique, elle est un effet de la créosote, quel que soit son mode d'absorption.

Cette réaction est caractérisée par une fluxion plus ou moins vive, qui se fait dans les régions tuberculisées ; elle en précise les limites. On constate, en effet, dès qu'elle se manifeste, des douleurs thoraciques, des râles bullaires variés ; l'expectoration augmente, devient mousseuse, blanchâtre, puis jaunâtre, pour diminuer ensuite ; la fièvre dure quelques heures, une journée au plus, puis elle s'éteint.

Après la crise, le poumon est moins encombré qu'au début du traitement. Les températures sont plus basses qu'auparavant, l'appétit est stimulé et le sommeil devient meilleur.

La réaction n'est donc point une poussée tuberculeuse ; c'est une fluxion vitale fébrile que l'on pourrait comparer, dit Gimbert, à celle que fait naître un collyre antiseptique dans la conjonctivite purulente ; elle en présente les symptômes et l'évolution et en aura donc les avantages.

La réaction contribue à éteindre progressivement le processus tuberculeux, mais il importe qu'elle soit toujours modérée ; il est d'ailleurs possible de la réduire à son minimum et cependant d'atteindre le but : l'antisepsie pulmonaire.

La réaction ne naît jamais brutalement lorsqu'on procède avec prudence. Dans les formes apyrétiques, elle est annoncée par des élévations progressives et silencieuses de la température, que l'on ne peut apprécier que sur des tracés. Dans les formes fébriles, une surélévation de température d'un degré au-dessus des maxima habituels, en signale l'imminence. Dans les évolutions tuberculeuses de moyenne intensité, la première réaction sérieuse doit se manifester pendant les quinze premières injections. Dans une médication bien conduite, elle sera des plus nettes et ne dépassera jamais 38 degrés pour des formes apyrétiques, ou ne dépassera pas 39° ou 40 degrés, lorsqu'il s'agit des formes fébriles dans lesquelles la température du soir oscille entre 39 degrés et 39°5. D'autres réactions peuvent suivre cette première poussée ; mais elles ne devront jamais égaler celle-ci en durée et en intensité ; elles devront s'éloigner, au contraire, de plus en plus les unes des autres en s'affaiblissant, et enfin disparaître radicalement à un moment donné. C'est alors que l'on sera certain de voir le processus tuberculeux s'arrêter peu à peu dans son évolution. La réaction est donc comme le fil conducteur de toute bonne médication antituberculeuse.

Pour arriver à un résultat favorable, il faut connaître la résistance du sujet, son poids, ses forces, l'étendue des lésions, la marche de la maladie et surtout les évolutions de la température que l'on enregistrera toutes les deux, quatre ou douze heures, suivant que la maladie sera aiguë, subaiguë, apyrétique. Instruit par l'observation des caractères de la réaction, de son évolution future très probable, connaissant d'avance les rapports de ce phénomène avec la dose du liquide injecté, le jour ou les jours précédents, sachant, d'autre part, qu'il faut conduire l'injection de manière à arriver à l'accoutumance du sujet et à la tolérance, on recherchera la dose thérapeutique qui convient à la situation actuelle; quelques tâtonnements suffiront à la trouver. Dès lors, on

tiendra le plus grand compte des oscillations nouvelles de la température et l'on augmentera ou diminuera les doses, on éloignera ou rapprochera les injections, suivant qu'il se produira des écarts plus ou moins grands entre les températures naturelles et les températures provoquées ; enfin on aura soin, au début, de faire deux injections éloignées de deux ou trois jours ou des injections faibles tous les jours.

La guérison apparente ou durable se caractérise par les symptômes suivants. Les sueurs nocturnes ont disparu de bonne heure, le plus souvent après une dizaine d'injections. La toux a diminué et l'expectoration est supprimée ou insignifiante, elle est devenue d'apparence catarrhale, et, dans un grand nombre de cas, on y cherche en vain les bacilles qui existaient au début du traitement. Les hémoptysies se sont arrêtées ; elles sont même indéfiniment ajournées. Le poids augmente rapidement tout d'abord, l'appétit est devenu excellent, le sommeil régulier, les forces sont augmentées, la satisfaction morale très grande. M. Gimbert a vu des malades engraisser alors de 4, 6, 10 kilogrammes dans un mois, puis il y a ralentissement et arrêt dans la progression ; d'autres fois, il y a tout d'abord amaigrissement, ce qui n'est pas de très bon augure, puis, la progression ascendante s'établit ; il y a des malades qui n'augmentent pas malgré l'amélioration des symptômes pulmonaires. Cela se voit chez les dégénérés ou les abdominaux, mais dans tous les cas heureux, l'augmentation de poids oscille entre 3 et 10 kilos.

Un phénomène non moins important à constater est la disparition de la fièvre. L'injection peut atténuer la fièvre du phthisique par son action antithermique, qui n'a qu'une valeur relative analogue à celle de l'antipyrine, mais elle peut l'éteindre par son action antiseptique. Les fièvres modérées et intermittentes, ne dépassant pas 38 degrés, disparaissent avec une grande rapidité. Les fièvres intermittentes persistantes simples, de 38 degrés, 38°5, sont, en général, plus rebelles. Les fièvres tuberculeuses établies, de 39 à 40 degrés, ont paru absolument réfractaires au traitement. Par contre, les poussées fébriles aiguës, même de 40 degrés, dues à une crise pulmonaire ou pleuro-pulmonaire récente, peuvent être rapidement éteintes par l'injection.

On sait que les tubercules évoluent au milieu d'une gangue spléno-pneumonique, décrite par M. Grancher et formée de débris de cellules épithéliales, de noyaux embryonnaires, de tissu de formation récente et fragile. L'injection en détermine la résolution rapide. On peut la suivre à l'œil nu dans la laryngite infectieuse, qui précède ou suit la phtisie pulmonaire ; on peut la percevoir par l'oreille dans l'obstruction hémorrhagique qui suit l'hémoptysie, etc.

La résolution est accompagnée d'élimination ; on perçoit nettement ce phénomène à la surface des cavernes où momentanément les râles de ramollissement augmentent par poussées successives, et le plus souvent apyrétiques ; celles-ci sont suivies d'expectorations variables, puis, à un moment donné, ces poussées s'éteignent, la caverne se dessèche, elle se cicatrise et disparaît, alors même qu'elle avait préalablement la dimension d'un œuf de pigeon.

M. Gimbert a formulé les conclusions suivantes à la fin de sa communication au Congrès :

1. Dans un grand nombre de cas, l'antisepsie de la phtisie tuberculeuse du poumon créée par les bacilles spécifiques, les microbes de la pyohémie, de la septicémie et autres agents infectieux, ou par leurs toxines, est réalisable par l'injection lente d'huile créosotée appliquée suivant la méthode que nous venons de décrire.

2. Le signe de ce résultat est la tolérance des tissus malades pour les doses élevées de créosote, tolérance que les tissus sains présentent exclusivement.

3. Son gage est l'arrêt de l'évolution morbide localisée, la suppression de l'auto-infection interstitielle, le retour de l'embonpoint et de la vigueur.

4. L'antisepsie peut être réalisée par 30 à 200 injections contenant 30 centigrammes et 4 grammes de créosote maximum, suivant les âges et la qualité des sujets.

5. L'antisepsie n'est point la guérison, elle en est la préface ; elle n'est vraie et définitive que lorsque du tissu scléreux remplace les tissus malades.

6. La vie, la nutrition pouvant seules faire de la génération cicatricielle, il en résulte que l'injection, qui a une influence provocatrice, mais non spécifique, sur la guérison définitive, doit être pratiquée longtemps d'après les indications fournies par la santé.

7. Le traitement peut durer dès lors six mois, un an et même davantage.

8. La guérison n'étant pas établie par la suppression des symptômes, il en résulte que nous ne pouvons considérer comme définitives que celles qui auront duré huit ou dix ans.

9. Cette antisepsie pulmonaire, toutes choses égales d'ailleurs, est très facile à réaliser avec la créosote lorsque la maladie est limitée et la santé générale conservée ; on l'obtiendra facilement dans le premier degré de la tuberculose pulmonaire et dans le deuxième degré simple ; elle sera très réalisable encore dans le second degré plus avancé et moyennement fébrile ; elle sera parfois possible dans le troisième degré lorsque les lésions caverneuses seront localisées, entourées de tissu sain ou presque sain, et que la santé générale sera relativement bonne ; elle deviendra très puissante dans certaines formes de pleurésie tuberculeuse ou de laryngite de même nature ; enfin elle sera tout à fait illusoire dans la cachexie.

III

M. Burlureaux a modifié l'appareil de M. Gimbert, pour arriver à injecter de hautes doses d'huile créosotée en moins de temps et les résultats qu'il a obtenus lui aussi sont très favorables.

Dans le service du Dr Gouguenheim à l'hôpital Lariboisière j'ai vu récemment un appareil encore inédit, imaginé par M. Catillon de concert avec le chef de service et qui serait encore plus simple, plus facile à manœuvrer et moins coûteux que les précédents.

M. Perron (de Bordeaux), dans un travail que nous citions tout à l'heure, a envisagé la question à un point de vue assez différent. Il note, comme conséquence des injections des solutions créosotées ou concentrées au degré qu'ont employé les autres expérimentateurs (1/5 à 1/20), une sclérose très notable des tissus dans lesquels ont été faites les injections.

« Même après un long repos accordé aux parties, dit-il, celles-ci ne reviennent pas à leur état primi-

tif, et il n'est plus possible d'y faire de nouvelles injections avec les mêmes chances d'absorption qu'avant. Cette transformation scléreuse, qui chez certains sujets est plus active que chez d'autres, résulte d'un véritable travail de cicatrisation portant sur la peau et sur la couche cellulaire sous-jacente ; elle tient à plusieurs influences, d'abord la causticité de la substance injectée. La tendance des expérimentateurs a été d'augmenter toujours la concentration de leurs solutions. Il en résulte une action irritante et un *degré de sclérose en rapport avec la causticité* du produit employé. De plus, l'excipient huileux n'est jamais immédiatement absorbé en totalité, même dans une région vierge ; il est en quelque sorte *filtré* par le tissu cellulaire environnant, il reste sur place un *résidu* qui agit alors comme corps étranger et ne disparaît que très lentement. Il est à remarquer, en outre, que l'irritation due aux solutions concentrées contribue aussi à rendre l'absorption plus difficile, car *tout tissu irrité se prête moins à se laisser imprégner par pénétration*. Enfin, généralement on pousse les injections trop vite, ce qui sépare la peau du tissu cellulaire, *lacère* celui-ci et entraîne la nécessité d'un travail réparatoire qui s'ajoute aux actions ci-dessus.

Le remède à ces inconvénients est indiqué par leur nature elle-même. Il faut, *au lieu de chercher à concentrer* les solutions, les *étendre le plus possible*, tout en injectant assez de véhicule pour assurer l'absorption de la même dose de créosote. Il faut, de plus, pousser les injections avec une *extrême lenteur*, à l'aide d'une seringue portant un piston à pas de vis, et procéder de manière à dépasser de très peu la pression normale artérielle.

L'instrument qui paraît le mieux convenir dans ce but, à M. Perron est *la seringue à injections urétrales de Guyon*, à laquelle on adapte, au moyen d'un tube en caoutchouc de 1 décimètre de longueur, une canule Pravaz ordinaire. En prenant les précautions indiquées, on évite les dommages et les altérations dues d'ordinaire aux injections précipitées, qui laissent sous la peau décollée une véritable pelote de liquide médicamenteux ».

M. Perron, en quête d'un *excipient* qui se prêtât puissamment à la diffusion, à l'absorption dans les tissus, et qui, par cela même, permît de diminuer la concentration des solutions créosotées, insiste sur ce que les huiles usitées jusqu'ici *sont de nature végétale*, et d'après lui moins absorbables que les corps gras d'origine animale.

Il a pensé que, si on employait, comme excipient de la créosote une huile animale, il serait possible d'augmenter l'absorption du médicament, et partant, d'user de solutions plus étendues. C'est ce qu'il a réalisé en se servant de *l'huile de pied de bœuf purifiée et stérilisée*.

Sa *formule* est la suivante :

Créosote de hêtre...... ...	5 grammes.
Huile de pied de bœuf pure stérilisée.................	95 centim. cubes.

On obtient ainsi, paraît-il, une préparation claire, fluide, limpide, légère, et plus absorbable que celles dont le véhicule est une huile végétale.

IV

Ainsi de toutes parts on s'ingénie à simplifier le procédé des injections sous-cutanées de créosote et nous croyons qu'on arrivera bientôt à les faire passer dans la pratique courante.

L'indication principale est réalisée dans tous les cas où le tube digestif est intolérant pour la créosote ou profondément altéré et dans ceux où on veut s'assurer que le malade absorbe bien réellement la quantité du médicament qu'on croit utile. En outre, on crée sous ses téguments une réserve dont le contenu s'insinue dans l'organisme peu à peu et sans interruption.

Il est vrai qu'en faisant prendre par le tube digestif la créosote à petites doses et à courts intervalles, une pilule de 0 gr. 10 huit à dix fois par jour, on obtient bien aussi une action continue par absorption permanente ; mais c'est dans ces cas que le tube digestif devient promptement intolérant, tandis que, si la créosote est prise *au milieu des repas*, elle est chez presque tous les tuberculeux parfaitement tolérée.

En résumé, dans la plupart des cas de tuberculose chronique à marche lente et surtout à une période peu avancée, il suffira d'instituer l'usage de la créosote *per os*. On donnera facilement 0 gr. 80 à 1 gr. 20 pro die sous formes de pilules avec le savon amygdalin ou le phosphate de chaux pour excipient (en excluant la magnésie qui forme avec la créosote un magma dur comme de la pierre). Sous forme d'huile de faines créosotée, dans la saison froide et chez les sujets lymphatiques qui supportent facilement les corps gras, on fera tolérer 1 gr. 50 à 2 gr. même.

Mais, quand on veut obtenir une action rapide par des doses supérieures, et surtout quand il faut renoncer à utiliser la voie gastrique, on doit sans hésiter instituer la méthode hypodermique. On peut choisir parmi les divers procédés que nous venons d'exposer d'après leurs parrains eux-mêmes ; personnellement celui de M. Gimbert est le seul que j'aie employé jusqu'ici et je n'ai eu qu'à m'en louer.

P. Le Gendre.

BULLETIN DES SYNDICATS

Démarches auprès des Conseils généraux en vue du vote intégral de la loi Chevandier.

SYNDICAT MÉDICAL SUBURBAIN DE L'ARRONDISSEMENT DE BORDEAUX.

Monsieur et très honoré Confrère,

Le Syndicat suburbain de l'arrondissement de Bordeaux s'est réuni, le 6 courant, et a pris les décisions suivantes :

Le bureau se rendra auprès de la *Commission du Conseil général*, pour lui exposer les considérations qui militent en faveur de la suppression de l'officiat, et demandera, en même temps, qu'il ne soit formulé aucun vœu en désaccord avec la loi déjà votée par la Chambre.

Les membres du Syndicat ont été invités à voir leurs Conseillers généraux pour obtenir d'eux un vote favorable.

Veuillez recevoir, etc.

Le Secrétaire.

Nous sommes informés que nombre de Syndicats ont fait déjà les mêmes démarches.

SYNDICAT DE RETHEL.

(*Séance du* 11 *août* 1891).

Les membres du Syndicat médical de la circonscription de Rethel, présents à la réunion du

11 août, sont MM. Landragin, Drapier, Lefranc, Caillet, Remi, Beaudier, Guillaume, Troyon.

Tous sont partisans de la suppression de l'officiat. Parmi les membres absents il faut citer MM. les Drs Lamiable, Mettelé, Rith qui, dans leurs lettres d'excuses, déclarent, d'ailleurs, être partisans de la suppression de l'officiat votée par la Chambre.

C'est dire que la majorité des membres de notre Syndicat est favorable à la suppression.

Quant à la décision prise relativement à la reconnaissance de l'union légale des Syndicats médicaux de France, elle est affirmative.

Un nouveau membre, M. le docteur Fréal, qui vient de se fixer à Chaumont-Porcien, nous prie de l'inscrire comme adhérent à notre Syndicat Réthelois.

Veuillez croire, mon cher président et très honoré confrère, à l'assurance de nos meilleurs sentiments.

Dr L. Troyon.

Rethel, le 12 août 1891.

---

9 août 1891.

Monsieur et très honoré Confrère,

A mon très grand regret, je ne pourrai me rendre mardi à votre aimable invitation : l'état actuel de ma santé ne me le permet pas ; mais je crois devoir, en vous remerciant de votre attention délicate, vous donner mon opinion sur la question qui nous est soumise

Je suis absolument partisan de la loi que l'on peut appeler Chevandier, votée récemment en première lecture par la Chambre des Députés. De plus, je demande la reconnaissance légale des syndicats médicaux avec tous les droits y afférents.

J'aurais donc voté, s'il m'eût été possible de me joindre à vous, dans le sens ci-dessus avec prière d'entraîner la conviction de notre Conseil général.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré Confrère, et offrir à tous nos confrères présents à l'assemblée l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Nételet,
officier de santé,
membre du Concours médical et de la Société médicale de Reims.

Nous sommes heureux de publier la lettre suivante :

Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine.

Paris, le 7 août 1891.

Très honoré Confrère,

Nous sommes heureux de vous annoncer que le Syndicat des médecins du Département de la Seine vient de se fonder avec l'autorisation de M. le Préfet de Police en date du 17 juin dernier.

C'est le couronnement de l'œuvre que vous avez commencée : c'est l'Union complète, si désirable et si longtemps retardée, de tous les médecins de France.

Je sais par nos conversations combien vous étiez ardent à souhaiter cette dernière et si difficile union, et avec quelle bonne volonté vous étiez prêt à seconder son établissement.

Aujourd'hui, l'Association syndicale des médecins de la Seine est fondée, et le Président de l'Union des syndicats des médecins de France en recevra avis par une lettre de notre Président.

Veuillez agréer, très honoré Confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Le Secrétaire,
Dr H. Launay.

Viennent ensuite la circulaire, une formule d'adhésion et des statuts que nous reproduisons avec empressement.

Mon Cher Confrère,

Une association syndicale entre médecins vient de se fonder à Paris. Vous en trouverez ci-joint les Statuts.

J'espère que vous voudrez vous joindre à nous, et nous prêter votre concours pour mener à bien une œuvre dont l'utilité n'est pas à démontrer.

Depuis quelques années les médecins éprouvent l'impérieux besoin de s'unir pour se mieux connaître et améliorer leur situation.

Les conditions matérielles de l'existence se sont profondément modifiées depuis un quart de siècle ; la lutte pour la vie est devenue de plus en plus difficile et celui qui reste isolé a mille chances de sucomber. Jamais l'adage « L'Union fait la force » n'a été plus vrai. Tous, sauf le médecin, l'ont depuis longtemps compris. Des syndicats sans nombre se sont formés et se forment tous les jours autour de nous. Seuls les médecins, pleins d'une confiance aveugle, n'ont rien ou presque rien fait pour se défendre. Hommes de science avant tout, ils ont cru que le savoir et le travail suffisaient pour les mettre à l'abri de toute éventualité fâcheuse. Illusion trop souvent déçue quand la maladie ou la vieillesse viennent frapper à leur porte.

Faisons tous nos efforts pour conserver au sein de la Société Moderne le prestige dont nos pères avaient su s'entourer. Pour cela resserrons les liens qui nous unissent, apprenons à nous connaître et à nous estimer, montrons-nous les uns pour les autres de véritables confrères. Démasquons et combattons ensemble nos ennemis communs. Sachons que le dommage fait à l'un de nous rejaillit tôt ou tard sur la corporation tout entière.

Que ceux auxquels une position indépendante ou une situation officielle permettent de se rendre utiles à leurs confrères moins favorisés, usent de leur influence dans l'intérêt commun. Noblesse oblige. Le modeste praticien qui est légion ne sera pas en retard de reconnaissance, et saura prouver aux plus fortunés que le souvenir du service rendu et la gratitude ne se mesurent ni à la fortune ni à la renommée.

Nous sommes sans ambition, mais nous voulons qu'un certain public, qui, jour et nuit met nos forces à contribution, sache reconnaître nos services comme ils le méritent. Il faut qu'après de longues années d'un labeur souvent sans trêve le praticien, même le plus modeste, puisse jouir d'un repos péniblement acquis ; il faut qu'en disparaissant, il laisse à sa veuve et à ses enfants d'autre héritage qu'une situation souvent précaire, quelquefois critique.

Maîtres et élèves, illustres et inconnus, serrons nos rangs, nous y gagnerons tous en dignité et en bien-être.

Pour cela syndiquons-nous.

Nous travaillerons à réprimer l'exercice illégal de la médecine.

Nous aviserons au moyen de diminuer les pertes énormes que nous subissons chaque année sur nos honoraires.

Nous mettrons à l'étude les questions relatives :

Aux rapports du corps médical avec les Sociétés de Secours Mutuels ;

Au repos du dimanche ;

Aux visites d'urgence, aux visites à heure fixe, aux visites tardives, aux visites de nuit.

Nous nous mettrons en garde contre les gens qui, sans nécessité, réclament nos soins à des jours et à des heures où tout le monde a droit au repos.

Nos diplômes si chèrement achetés nous confèrent des droits, nous saurons les faire valoir. Guerre aux charlatans de tout acabit, guerre à tous les parasites de notre profession.

Si nos Statuts, mon cher Confrère, ne vous semblent pas exempts de toute critique, rappelez-vous qu'ils sont revisables. Nous n'avons pas la prétention d'avoir atteint du premier coup la perfection ; ce que nous voulons, c'est grouper toutes les bonnes volontés, sûrs que des personnes qui ont les mêmes intérêts ne sauraient manquer de s'entendre.

Un pour tous, tous pour chacun, telle doit être notre devise.

Envoyez-nous donc votre adhésion, mon cher Confrère, et croyez à mes meilleurs sentiments.

Dr Le Baron,
Président du Conseil d'Administration,
4, Rue de Lille.

Association syndicale professionnelle des Médecins de la Seine.

Siège social : 4, rue de Lille

ADHÉSION

Je soussigné déclare adhérer au Statuts de l'Association syndicale professionnelle des Médecins de la Seine

Paris, le 1891

Ecrire lisiblement :

Nom :
Prénoms :
Adresse

Association Syndicale Professionnelle DES MÉDECINS DE LA SEINE

Siège Social : 4, Rue de Lille.

AUTORISATION PRÉFECTORALE

République Française

PRÉFECTURE DE POLICE

Cabinet

2e Bureau

1re Section

N° du Dossier 58.588.

SOCIÉTÉ PROFESSIONNELLE

Arrêté qui en autorise la constitution.

Nous, Préfet de Police,

Vu la demande à nous adressée le 21 avril 1891, par les personnes dont les noms et adresses figurent sur la liste ci-jointe, demande ayant pour but d'obtenir l'autorisation nécessaire à la constitution régulière d'une Association fondée à Paris sous la dénomination de : **Association Syndicale Professionnelle des Médecins de la Seine ;**

Vu les statuts de l'Association annexés au présent arrêté ;

Vu l'article 291 du Code pénal et la loi du 10 avril 1884 sur les Associations;

arrêtons :

Article premier. — L'Association organisée à Paris sous la dénomination d'*Association Syndicale Professionnelle des Médecins de la Seine*, est autorisée à se constituer et à fonctionner régulièrement.

Art. 2. — Les membres de l'Association devront se conformer strictement aux conditions suivantes :

1° Justifier du présent arrêté au Commissaire de police du quartier sur lequel auront lieu les réunions ;

2° Faire connaître à la Préfecture de police, au moins cinq jours à l'avance, le local, le jour et l'heure des réunions générales ;

3° N'y admettre que les membres de la Société et ne s'y occuper, sous quelque prétexte que ce soit, d'aucun objet étranger au but indiqué dans les Statuts, sous peine de suspension ou de dissolution immédiate ;

4° Nous adresser, chaque année, une liste contenant les noms, prénoms, professions et domiciles des sociétaires, la désignation des membres du Bureau, sans préjudice des documents spéciaux que la Société doit également fournir chaque année sur le mouvement de son personnel et sur sa situation financière.

Art. 3. — En cas de modifications aux Statuts annexés au présent arrêté, l'Association devra demander de nouveau à la Préfecture de police l'autorisation prescrite par l'article 291 du Code pénal.

Art. 4. — Ampliation du présent arrêté, qui devra être inséré en tête des Statuts, sera transmise au Commissaire de police du quartier Saint-Thomas-d'Aquin qui le notifiera au Président de l'Association et en assurera l'exécution en ce qui le concerne.

Fait à Paris, le 17 Juin 1891.

Pour Ampliation : Le Préfet de Police,
Le Secrétaire-Général, *Signé* : H. LOZÉ.
Signé : SOINOURY.

STATUTS

Article premier.

Il est établi entre tous les Médecins de la Seine qui adhéreront aux présents Statuts, sous la dénomination de « **Association Syndicale Professionnelle des Médecins de la Seine** » une Société qui a pour but de défendre les intérêts moraux et matériels de ses membres et de la profession.

Le Siège social est à Paris, 4, rue de Lille. Il pourra être transféré dans tout autre endroit de la ville de Paris par décision de l'Assemblée générale.

Art. 2.

L'Association syndicale a plus spécialement pour but :

1° D'apprendre aux Médecins à se connaître et à se protéger mutuellement ;

2° De résoudre, si possible, les conflits qui peuvent surgir entre confrères ;

3° De venir en aide à ses membres et de se concerter pour la poursuite de l'exercice illégal de la médecine ;

4° En un mot, de chercher la solution pratique de toutes les questions ayant trait à la défense des intérêts professionnels et à l'exercice de la Médecine publique.

Art. 3.

Tout Médecin qui désirera faire partie de l'Association syndicale devra en faire la demande au Conseil d'administration. L'admission définitive sera confirmée par un vote de l'Assemblée générale à la majorité des membres présents et au scrutin secret.

Le candidat devra être Français ou naturalisé Français, titulaire d'un diplôme de Docteur en médecine ou d'Officier de santé et jouir de ses droits civils et politiques.

Art. 4.

Chaque adhérent s'engage à verser :

1° Un droit d'entrée de **3 francs** ;

2° Et une cotisation annuelle de **15 francs**, payable dans les deux premiers mois de l'année.

Cette cotisation sera due en totalité pour l'année dans le cours de laquelle aura lieu l'admission.

A défaut de paiement, le Sociétaire cessera de participer aux avantages du Syndicat jusqu'à paiement de la somme arriérée.

Art. 5.

Le Sociétaire qui se retirera ou qui sera l'objet d'une exclusion, perdra, par ce seul fait, tous ses droits sur les fonds qu'il aura versés à quelque titre que ce soit, et ne sera admis à faire valoir aucune réclamation.

Art. 6.

En cas de dissolution de l'Association syndicale,

l'emploi de la somme restant disponible, sera déterminé par l'Assemblée générale qui aura décidé la dissolution.

Art. 7.

L'Association est administrée par un Conseil composé d'un Président, d'un Vice-Président, d'un Secrétaire-Trésorier et de quatre membres.

Chacun des membres du Conseil devra être choisi parmi les membres de l'Association. Il sera nommé pour un an, en Réunion générale, à la majorité absolue des membres présents et au scrutin secret. Les membres sont rééligibles.

Art. 8.

Une Réunion générale a lieu chaque année, dans le courant de Janvier. En cas d'urgence, le Conseil pourra provoquer une Réunion générale, pour un fait imprévu ou de nature grave. De même, si le quart des membres en fait la demande, le Conseil devra, dans le délai d'un mois, convoquer une Assemblée générale.

Art. 9.

Les décisions du Conseil, comme celles de l'Association entière, seront prises à la majorité des membres présents à la Réunion. Si les suffrages exprimés ne représentent pas à un premier tour la majorité absolue, il sera, séance tenante, procédé à un second tour de scrutin, à la suite duquel les décisions seront prises à la majorité relative.

Art. 10.

Le Conseil d'administration est chargé de veiller à l'intérêt de l'Association et à l'exécution des Statuts. Il sera à la disposition des Sociétaires pour leur donner les avis qu'ils pourront demander sur leurs affaires personnelles.

Il devra se réunir le premier Lundi de chaque mois, et tout Sociétaire aura le droit d'assister à la Réunion sans y avoir voix délibérative.

Art. 11.

Le Secrétaire-Trésorier est chargé de recueillir et conserver les procès-verbaux, d'expédier les convocations et mentionner les questions étudiées, de tenir la correspondance, de percevoir les cotisations et droits d'entrée. Il pourra être autorisé à conserver dans sa caisse une somme qui sera déterminée chaque année par l'Assemblée générale de janvier. Le reste des fonds devra être déposé dans une banque ou caisse publique.

Art. 12.

A l'Assemblée générale appartient le droit exclusif de prendre des décisions de n'importe quelle nature, à la majorité des voix des membres présents et selon les dispositions formulées à l'Article 9. Elle aura seule le droit de se prononcer sur l'exclusion de ses membres.

Art. 13.

La seule pénalité est la radiation avec mention des motifs au procès-verbal.

Art. 14.

Les Statuts pourront être modifiés en Assemblée générale toutes les fois que l'intérêt de l'Association l'exigera, et à la condition que la demande en soit faite par vingt membres au moins.

En cas de modifications statutaires la Société devra solliciter de nouveau l'autorisation prévue par l'article 211 du Code pénal.

Art. 15.

Les adhérents ne s'occuperont jamais, dans les Réunions, de matières étrangères au but de la Société et notamment de discussions politiques ou religieuses.

Art. 16.

Le Président fera connaître à l'autorité les changements survenus dans la composition du Conseil. Il lui adressera chaque année la liste des membres ainsi que le compte rendu des opérations de la Société.

Paris, le 23 Mars 1891.

Pour copie conforme :

Le Secrétaire,

Dr LAUNAY, 41, rue Beauregard.

Vu :

Le Président du Conseil d'Administration,

Dr LE BARON, 4, rue de Lille.

FORMULAIRE DU « CONCOURS MÉDICAL »

Gargarisme antiseptique

Salicylate de soude	5 grammes
Borate de soude	5 —
Teinture d'eucalyptus	10 —
Eau distillée	300 —

P. G.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Treizième année | N° 34 | 22 Août 1891

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Congrès de médecine mentale de Lyon.

Du 3 au 7 août a été tenu à Lyon le 2e congrès de médecine mentale, sous la présidence d'honneur de MM. H. Monod, directeur de l'assistance publique au ministère de l'intérieur, Rivaud, préfet du Rhône, Dr Gailleton, maire de Lyon, MM. Charcot, Ball, Falret et Rousset et sous la présidence effective de M. Bouchereau (de Paris) ; vice-présidents : MM. Pierret (de Lyon), Ladame (de Genève), Camuset, Mairet (de Montpellier).

La première question mise à l'étude était :

Du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale.

M. Rousset, médecin adjoint de l'asile de Bron, rapporteur, avait résumé l'état de l'opinion.

Pendant longtemps, on a considéré l'alcoolisme comme la cause principale de la paralysie générale. Depuis l'ouvrage de Magnus Huss, qui parut en 1852, on vit généralement dans l'alcoolisme chronique et la méningo-encéphalite, deux entités distinctes, différant l'une de l'autre par leurs lésions anatomiques, leurs symptômes et leur terminaison. Actuellement on émet sur les causes de la paralysie générale les opinions les plus diverses.

Les uns, croient comme autrefois, que la méningo-encéphalite est le plus souvent due aux excès alcooliques. D'autres pensent que l'alcoolisme chronique peut emprunter la marque de la méningo-encéphalite, mais que cette pseudo-paralysie générale alcoolique diffère par sa marche, sa gravité et ses lésions de la paralysie générale ordinaire.

Pour d'autres, la paralysie générale et l'alcoolisme sont deux états distincts, mais l'alcoolisme chronique peut parfois conduire à la paralysie générale.

Ces derniers considèrent l'alcoolisme comme une cause purement occasionnelle, capable de favoriser l'éclosion de la paralysie générale, seulement lorsqu'il agit sur terrain prédisposé : vésanique, cérébral, arthritique, etc.

Certains malades, regardés autrefois comme des paralytiques alcooliques, avaient, en effet, commis des excès de boisson. Mais ces excès n'avaient lieu que depuis le début de la paralysie générale, de sorte qu'ils étaient *l'effet* et non la cause de leur maladie. Cet état d'*alcoolisme récent* ne doit donc pas entrer en ligne de compte dans la génèse de la méningo-encéphalite.

La progression corrélative de la folie alcoolique et de la folie paralytique n'oblige pas à admettre que l'une de ces deux maladies est engendrée par l'autre. Les considérations ethnographiques et géographiques ne paraissent guère concluantes en faveur du rôle plus ou moins prépondérant de l'alcoolisme sur la production de la paralysie générale.

Les extraits des rapports de tous les médecins en chef des asiles de France, consignés dans le rapport général de M. Claude (des Vosges), en 1887, prouvent assez clairement que les idées contemporaines sont encore bien divisées.

M. Rousset pense que, dans l'immense majorité des cas, le rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale, est subordonné à quelque chose d'indéterminé, d'inconnu souvent et d'insaisissable quelquefois, que l'on rencontre à propos de toutes les maladies et qui lui paraît être une condition nécessaire au développement de la méningo-encéphalite : c'est la *prédisposition*, qui peut être, suivant les sujets, cérébrale et arthritique, vésanique et nerveuse, ou alcoolique. Dans certains cas, qui ne sont pas très communs, l'alcoolisme chronique, en dehors de toute prédisposition, déterminant à la longue le processus de la prolifération conjonctive et la sclérose cérébrale, peut aboutir à la paralysie générale.

M. Magnan (de Paris) ramène les opinions discutables à deux : la paralysie générale est habituellement le produit de l'alcoolisme ; l'alcoolisme

ne peut produire que des pseudo-paralysies générales.

Il y a deux modes de terminaison de l'alcoolisme chronique, l'un par la démence, l'autre par la paralysie générale.

L'alcool, en effet, a comme propriété spéciale de produire le double processus, stéatose et sclérose. Chez les animaux que l'on intoxique par l'alcool, on observe un processus dégénératif graisseux de la plupart des organes et une tendance à l'inflammation chronique de certains tissus, du péricarde, de la capsule des reins, de la capsule du foie, des méninges. On trouve de la dégénérescence graisseuse du foie et des reins, des plaques laiteuses sur le péricarde, l'épaississement et l'opacité de l'arachnoïde et de la pie-mère, de la sclérose des cordons postérieurs de la moelle chez un chien. Chez l'homme alcoolique, la trame conjonctive et le parenchyme sont à la fois compromis ; dans le foie, les reins, le cœur, on trouve tous les degrés de la dégénérescence graisseuse ; dans le cerveau on rencontre des foyers hémorrhagiques ou de ramollissement ; la sclérose diffuse envahit les organes, foie, reins, cœur, méninges.

La prééminence de l'un ou de l'autre de ces processus chez les individus différents dépend de l'*organe plus faible* et surtout de la prédisposition du sujet et des conditions multiples d'hygiène dans lesquelles il vit.

Quelle est l'action de l'alcool au point de vue clinique ? Chez les alcooliques, quand les accidents de l'alcoolisme tendent à disparaître, on voit les facultés diminuer ; ils deviennent apathiques, moins disposés au travail, ont des éblouissements, des fourmillements, de temps en temps un ictus ; les pupilles deviennent inégales ; puis, l'empâtement de la parole s'accentue, et cet embarras ressemble à celui du paralytique général ; si alors surviennent quelques idées lypémaniaques, on envoie ces malades dans un asile avec le diagnostic de paralysie générale. Bientôt ces alcoolisés chroniques se modifient, et on les retrouve au début de la démence ; on les appelle alors pseudo-paralytiques généraux, à tort, parce que ce sont des alcooliques auxquels l'alcool a donné une physionomie de paralytiques généraux.

D'autres fois, quand les phénomènes aigus et subaigus ont disparu chez un alcoolisé chronique, on le retrouve avec de l'affaiblissement des facultés et des réactions de la conscience, et parfois avec de l'hésitation de la parole ; on diagnostique un paralytique général. A l'asile, ces symptômes disparaissent, on en conclut que c'était un pseudo-paralytique général. Mais, si on le fait sortir, il ne tarde pas à rentrer avec les mêmes accidents de paralytique général. C'était un paralytique en rémission.

Un troisième groupe comprend les dégénérés ; chez eux, qui sont d'une grande susceptibilité nerveuse, les troubles intellectuels se montrent vite, tandis que les troubles moteurs apparaissent plus tard. Quelquefois, ils ont de l'inégalité pupillaire, de l'embarras de la parole, des idées ambitieuses, des préoccupations hypocondriaques. Ces symptômes ne tardent pas à disparaître, et ces malades redeviennent des dégénérés.

Il existe donc un certain nombre de symptômes dont l'interprétation est difficile et qui demandent à être étudiés avec soin ; quand ils seront mieux connus, on n'aura pas besoin de se servir du mot commode de pseudo-paralysie générale.

M. Régis (de Bordeaux) dit que, dans la classe moyenne et élevée de la Gironde, les cas d'alcoolisme et de paralysie générale sont en proportion absolument inverse. Les premiers représentent à peine 6 0/0 du chiffre total des aliénés, les seconds atteignent 38 0/0 de ce chiffre.

L'alcoolisme n'exercerait donc aucune influence sur la production de la paralysie générale.

En revanche, la presque totalité des paralytiques généraux sur lesquels il a entrepris à cet égard une enquête sérieuse étaient d'anciens syphilitiques. Si l'on remarque que cette particularité se retrouve d'une façon plus ou moins identique dans tous les pays, et même dans les

FEUILLETON

Vélocipédie médicale.

Les membres du Concours ont vu, naguère, à la correspondance, que l'administration allait s'occuper de joindre un fabricant de vélocipèdes à la liste des fournisseurs du Concours, ce mode de locomotion entrant *décidément* dans les habitudes du corps médical.

Il est assez piquant de voir le Concours faire une telle constatation, s'empresser de chercher à satisfaire aux besoins qu'elle révèle, le lendemain du jour où une solennelle communication à l'Académie révélait l'existence d'une maladie nouvelle et terrible occasionnée par l'usage du vélocipède, l'*arthrite* des vélocipédistes !

Il est indéniable que le nombre des médecins qui font usage du vélocipède devient de plus en plus considérable Et ce ne sont pas les jeunes docteurs seulement qui continuent à chevaucher sur leur instrument d'étudiant. Beaucoup de vieux praticiens, grisonnant, et même blanchis, mais qu'anime l'amour du plein air, de l'exercice musculaire, ayant dès lors bon pied, bon œil, ont enfourché le tricycle, puis, entraînés sur la pente fatale, ont trahi l'instrument « bon papa » pour l'aérienne bicyclette.

On m'excusera de citer mon exemple personnel, non pour me vanter de mes prouesses, car je suis au rang des marcheurs ordinaires, mais parce qu'il est probant. Je fais toutes mes courses à la campagne en bicyclette. J'ai 46 ans : je ne suis donc plus un jeune. Je fais en moyenne 16 kil. à l'heure ; s'il le fallait, je soutiendrais le train de 20 à l'heure, plusieurs heures. A diverses reprises j'ai entrepris des courses comportant jusqu'à 90, 100, 125 kilomètres dans une seule journée. J'ai calculé que le gain de temps sur les mêmes parcours faits en voiture était de moitié aux deux tiers. Le gain est plus fort encore pour les consultations avec les confrères de la campagne : je prends le train avec mon vélo, que j'enfourche, la consultation terminée, et rentrant à Chaumont par la grand'route, je gagne une, deux et trois heures sur le temps que j'aurais mis à attendre le premier train.

Notez que Chaumont est sis en plein plateau de

asiles de la Seine, depuis que les recherches statistiques deviennent plus exactes et plus complètes, on est forcé de convenir que la cause la plus générale et la plus constante de la paralysie générale, en dehors des conditions spéciales de prédisposition et d'hérédité, toujours nécessaires, c'est la syphilis.

MM. MARIE et BONNET (de Paris) ont toujours vu l'alcoolisme et la syphilis s'associer avec l'hérédité, en une sorte de triade où cette dernière paraît avoir l'influence prédominante par rang de date et de fréquence. Plus on cherche les antécédents héréditaires, plus on les trouve. On pourrait considérer la paralysie générale comme une affection dégénérative, non de l'individu, mais de la race.

M. COMBEMALE (de Lille) a rappelé les recherches faites en commun avec M. Mairet (Académie des sciences, mars 1888), qui lui avaient permis de conclure que : 1° L'intoxication chronique par l'alcool donne lieu chez le chien à des poussées délirantes, caractérisées plus particulièrement par des idées de peur avec hallucinations pouvant porter sur divers sens ; 2° A ces symptômes qui marquent généralement le début des troubles psychiques s'ajoutent bientôt de l'affaiblissement intellectuel et des troubles musculaires, d'ordre à la fois ataxique et paralytique, qui débutent par l'arrière-train, ou plus exactement, qui ont leur maximum au début dans cette région et qui se généralisent rapidement comme dans la paralysie générale ; 3° A l'autopsie, on retrouve les lésions principales qui caractérisent cette dernière maladie, inflammation diffuse méningo-encéphalique, et dilatation vasculaire.

Dans de nouvelles recherches M. Combemale a obtenu la production expérimentale d'une paralysie générale à forme spinale. Au bout de quatre mois et demi d'ingestions quotidiennes de 1 gr., puis successivement de 2, 3, 4 et 5 grammes d'alcool absolu (dilué pour l'ingestion) par kilogramme de poids de son corps, le chien a commencé à fléchir sur son arrière-train, puis la paraplégie s'est installée. On a observé en outre des tremblements, comme choréiques, de la *tête* et du *cou* et aussi des modifications du caractère et de l'instinct qui, d'un animal très peu endurant, avaient fait une bête très tolérante aux excitations. Ces troubles physiques et mentaux justifient le diagnostic de paralysie générale à forme spinale.

M. CHARPENTIER (de Paris) est partisan de la paralysie générale alcoolique. En cinq ans, il a trouvé 83 alcooliques avérés sur 135 cas de paralysie générale.

L'intoxication alcoolique peut produire tout le complexus symptomatique dénommé paralysie générale, sans qu'à l'autopsie on en trouve la lésion caractéristique, c'est-à-dire la sclérose cellulaire interstitielle diffuse. Il n'y a pas de sclérose interstitielle proliférante diffuse sans paralysie générale, mais il peut y avoir paralysie générale sans cette lésion anatomique.

M. LADAME (de Genève) rappelle qu'en mai 1887, le peuple suisse acceptait une loi sur le monopole fédéral de ces boissons. Or, en comparant les chiffres des cas d'alcoolisme et de paralysie générale admis à l'hôpital cantonal de Genève et à l'asile d'aliénés, on remarque une différence sensible entre le nombre des alcooliques avant et après le monopole. Pendant les années qui précèdent immédiatement l'adoption de cette loi, on note 70, 75, 96, 78, 98 cas par an, tandis qu'en 1887, le chiffre des admissions tombe à 57, et ne se relève plus dans les années suivantes.

Pour la paralysie générale, relativement rare en Suisse, les chiffres annuels d'admission n'ont pas varié à l'hôpital cantonal et à l'asile d'aliénés.

M. JOFFROY (de Paris) n'admet pas que la lésion primitive et essentielle de la paralysie générale soit, comme on l'enseigne, une encéphalite interstitielle. Il a tendance à croire qu'elle est parenchymateuse et que la lésion des cellules de la couche corticale est celle qui caractérise la maladie. Seulement la lésion interstitielle est grossièrement visible, tandis que la préparation et l'étude des cellules nerveuses sont entourées de difficul-

---

Langres, que toute sortie comporte des côtes de 1, 2, 3, et même 5 kilomètres parfois très dures.

Ai-je donc des aptitudes physiques particulières ?

Nullement : je porte à la jambe gauche une varice qui était devenue douloureuse dans les marches prolongées, à la chasse surtout. Je n'en entends plus parler depuis quatre ans. Héréditairement, je puis craindre pour mon cœur, qui palpite assez facilement, — au point de vue médical, seulement, hélas ! — qui s'est même un jour payé 24 heures d'arythmie, et m'a forcé d'expérimenter la digitale *in anima... mea*. J'ai dû prendre certaines précautions au début. Nous reparlerons de cela à propos de l'hygiène du vélocipédiste.

Ce à quoi seulement j'en voulais venir, c'est à prouver que la vélocipédie est un moyen de locomotion à la portée de toute personne qui n'est ni infirme, ni malade ; qu'il ne faut donc pas s'étonner de son utilisation croissante, même par le corps médical. Je suis convaincu que, d'ici cinq ans, ce sera une exception, en province, de rencontrer un médecin valide qui n'ait pas une bicyclette dans un coin de sa maison.

De la machine : qualité, prix, genre.

En vélocipédie, plus encore qu'en toute autre chose, on n'en a que pour son argent.

Qu'un collégien, qu'un commerçant, qu'un bureaucrate, n'ayant guère que leur dimanche de libre, se bornent à un instrument bon marché, avec lequel ils iront, par le beau temps, sur de bonnes routes, faire de petites promenades, c'est logique.

Le médecin ne choisit ni ses routes, ni son temps, la fatigue seule limitera ses courses. Ce serait pour lui le plus détestable des calculs que de s'adresser au bon marché : il userait trois machines à bon marché dans l'année, tandis qu'une machine de prix lui durera 4 et 5 ans au moins.

Quelle machine choisir ?

Il y a d'abord la question des caoutchoucs. Laissons de côté les pneumatiques (caoutchoucs gonflés d'air comprimé). Ils ont besoin encore de trop de perfectionnements pour entrer dans la pratique. Restent les caoutchoucs pleins et les creux. La trépidation que le guidon transmet aux mains est insensible avec les creux ; avec les pleins elle peut devenir pénible dans un long trajet. Le creux glisse un peu plus sur la boue

tes. Pourtant ses propres observations histologiques sont suffisantes, pour lui faire admettre la vraisemblance du processus suivant. Lorsque l'alcool produit des lésions cérébrales, il modifie les parois vasculaires, les méninges et produit de l'encéphalite interstitielle. On a alors un alcoolique pur qui guérit incomplètement, ou devient dément. Dans le 1er cas, les cellules nerveuses de l'écorce cérébrale, entourées de vaisseaux altérés, emprisonnées dans le tissu sclérosé, sont restées toujours indemnes, et leur mauvais fonctionnement s'explique surtout par les conditions déplorables de nutrition dans lesquelles elles se trouvent placées.

Une autre classe d'alcooliques à lésions cérébrales, ce sont ceux qui ont une prédisposition à la paralysie générale. Dans ces cas, il y a d'abord altération vasculaire et sclérose interstitielle, puis encéphalite parenchymateuse, c'est-à-dire la paralysie générale. L'alcool a éveillé la prédisposition.

En résumé, M. Joffroy a tendance à croire que la paralysie générale est une encéphalite primitivement et essentiellement parenchymateuse, que l'alcool est une cause puissante parmi celles qui peuvent déterminer l'apparition de cette maladie, mais qu'à lui seul l'alcool ne peut créer la paralysie générale.

M. Pierret (de Lyon), se rapproche de l'opinion de M. Joffroy. La paralysie générale débute d'habitude par des troubles de l'idéation. Ni les lésions interstitielles, ni les lésions vasculaires ne sont capables de produire par elles-mêmes ces phénomènes. A coup sûr la cellule souffre et cependant les lésions interstitielles et vasculaires n'empêchent pas encore la nutrition de la cellule. C'est donc celle-ci qu'il faut considérer surtout dans les points les moins malades ou dans les cas peu avancés. A la période où les lésions interstitielles existent, la cellule est toujours malade. On trouve alors des cellules présentant un état anormal qui est toujours le même. C'est la lésion monotone que l'on rencontre aussi dans la démence sénile ; la nutrition de la cellule ne se fait plus, le tissu interstitiel, les vaisseaux sont atteints. M. Magnan affirme qu'il n'existe pas de paralysie générale sans lésions interstitielles ; pour être habituel, le fait n'est pas absolu. Des prédisposés peuvent présenter le syndrome paralytique, sauf peut-être un certain fond de démence, et cela d'une façon si frappante que Lasègue a pu faire à leur sujet quelques erreurs de pronostic. Ces malades guérissent ou présentent des rémissions telles qu'il est impossible d'admettre chez eux les lésions irréparables dont parle M. Magnan. C'est donc chez eux la cellule qui est malade.

L'alcoolisme d'ailleurs amène la sclérose interstitielle. On se base sur ce fait pour prouver qu'il produit la paralysie générale. Il est une autre maladie essentiellement incurable qui produit la même lésion, c'est la démence sénile, et pourtant, en général, cette maladie n'amène pas de symptômes de paralysie générale. Il est vrai, quelques déments séniles ont des idées de satisfaction ; des vieilles ridées et infirmes s'habillent en jeunes filles et se croient jeunes et jolies, mais à côté de cela, elles ont des hallucinations, de l'insomnie, font du bruit la nuit et se rapprochent beaucoup plus des alcooliques, qui sont en réalité des déments précoces.

On ne peut pas assimiler la sclérose de l'alcoolisme à celle de la paralysie générale. Dans le deuxième cas la sclérose est secondaire ; dans le premier, c'est la cellule qui est secondairement malade, et cette dégénérescence peut être consécutive à plusieurs états divers, au surmenage, à l'action directe de l'alcool, de toxiques variés.

Si quelques sujets sortent indemnes du syndrome paralysie générale, c'est que la cellule, qui peut souffrir pour beaucoup de causes, était malade. La lésion observée sur les cellules dans les cas anciens et mortels est toujours la dégénérescence granulo-pigmentaire, mais il est possible d'admettre que, si la lésion primordiale n'a pas été trop profonde, l'élément peut recouvrer la totalité de ses fonctions.

M. Magnan n'a jamais vu de paralytiques géné-

---

que le plein : cet inconvénient est très diminué par l'habitude de la machine, et surtout par de la prudence.

Le creux a un inconvénient plus grand : il ne supporte pas bien le frein à cuiller. Un gravier, un objet dur peut être retenu entre la cuiller et le caoutchouc dont ils font sauter des écailles comme à coups de rabot. Ce désavantage est moindre avec les caoutchoucs de qualité extra ; mais jusqu'ici les meilleurs y ont été pris. Il faut donc s'apprendre à ne se servir du frein que le moins possible, pas du tout si l'on peut, en retenant les pédales avec les pieds et le poids du corps. C'est une habitude très facile à prendre ; il suffit de retenir dès le début de la pente, et non de s'y mettre quand une certaine vitesse se trouve acquise. On peut faire remplacer le creux à la roue qui porte le frein par un gros caoutchouc plein. Je ne le conseille cependant pas ; car, par un temps pluvieux ou boueux, les deux caoutchoucs glissant inégalement, si l'on monte la bicyclette, la roue de derrière munie de creux, calée par la roue de devant, se jettera de côté, d'où chute probable.

On fait des freins sur l'axe de la roue de devant par le moyen d'un tambour que serre un anneau de cuir. On prétend que les pièces se polissent si bien par frottement que le serrage ne peut plus se faire. Autant vaut donc rester fidèle au frein à cuiller sur la roue directrice.

Je résume la question caoutchouc en disant que la seule raison qui me paraisse pouvoir fixer le choix en faveur des pleins est la diminution de prix ; le creux coûtant de 75 à 100 fr. de plus pour la bicyclette et 100 à 150 fr. pour le tricycle. Je conseille de demander des caoutchoucs creux de première qualité, et la machine avec des fourches écartées pour permettre d'y mettre un jour des roues pneumatiques si elles deviennent pratiques.

Avant d'aborder la question du bâti et des roulements, il convient de trancher celle du genre de la machine, bi ou tri.

C'est une erreur de croire que la bicyclette est plus difficile à monter, que le tricycle ne se renverse pas. Une fois qu'on a l'habitude de la bicyclette, cet instrument offre plus de sécurité que le tricycle ; il se détourne en pleine vitesse, on s'en dégage plus facilement dans une chute, il exige beaucoup moins de force, est bien moins

raux sans lésions interstitielles. Au dernier congrès de Berlin, du reste, tous les médecins présents ont été d'accord pour dire que la sclérose est constante dans les cerveaux de paralytiques généraux. Quand on fait l'autopsie d'un paralytique général dont la lésion est encore peu avancée, on constate dans la région motrice des cellules granulo-graisseuses et de la sclérose.

Plus en arrière, dans le lobe pariétal, les lésions de la trame conjonctive sont évidentes et les cellules sont à peine granulo-graisseuses.

Enfin, dans le lobe occipital, la trame conjonctive est déjà touchée et les cellules ne sont pas granulo-graisseuses.

M. Pierret invoque à l'appui de son opinion ce fait que les troubles de l'idéation sont le premier symptôme de la maladie. On observe des malades qui ont un léger affaiblissement de l'intelligence, et qui pourtant continuent à diriger leurs affaires alors que les troubles moteurs, l'embarras de la parole et l'inégalité pupillaire sont très marqués. Il y a donc des paralysies générales qui ne débutent pas par des troubles de l'idéation.

M. Pierret constate que M. Magnan, lui aussi, a vu la lésion des cellules ganglionnaires ; et comme il ne nie pas lui-même l'existence fréquente de la sclérose interstitielle, l'accord est presque fait entre eux.

Les formes paralytiques d'emblée tiennent simplement à cette circonstance que les cellules malades sont tout d'abord celles des zones motrices. C'est une simple différence de localisation.

De la responsabilité légale et de la sequestration des aliénés persécuteurs.

M. Henry Coutagne, rapporteur, expose qu'il faut éviter de confondre les expressions d'aliéné persécuté et d'aliéné persécuteur. Il ne faut pas non plus donner à l'expression d'aliéné persécuteur un sens trop vague, synonyme d'aliéné incommode, obsédant, dangereux. Ce terme ne pourra correspondre à une conception pratique que si nous en lions l'application aux exigences suivantes : en premier lieu, nous demanderons un état persistant et durable ; trop souvent nous le rencontrerons chronique jusqu'à l'incurabilité. Puis il faudra que l'aliéné ne s'en tienne pas aux accusations vagues et générales qui constituent le fond des premières étapes du délire de persécution classique et qu'il circonscrive sa persécution active sur un ou plusieurs individus. Enfin nos sujets devront avoir conservé la faculté syllogistique et raisonner les conceptions qu'ils déduisent d'un point de départ faux avec un enchaînement d'idées propre à faire illusion à un observateur superficiel. En fait, de tous les aliénés, les persécuteurs sont les raisonneurs les plus impitoyables. Leurs facultés intellectuelles témoignent d'une perversion plutôt que d'un affaiblissement. Le persécuteur n'affecte pas toujours des allures expansives qui permettent de se mettre en garde contre ses agressions ; il n'en deviendra que plus dangereux, lorsqu'il concentrera ses conceptions délirantes jusqu'à l'explosion finale.

De plus en plus généralement, nous voyons accepter par les magistrats nos déclarations de responsabilité atténuée ou limitée, les seules applicables en bonne justice à une masse de sujets en équilibre mental instable, arrêtés pour le moment sur la pente d'une affection qui pourra rester longtemps encore à l'état d'ébauche, cantonnés dans la célèbre *zone mitoyenne* de Maudsley entre le crime et la folie. Dans ces cas, la justice conserve toute latitude pour graduer la répression ; jamais elle n'a demandé de lui fragmenter une responsabilité en quantités déterminées.

Le persécuteur devra être déclaré irresponsable sans restriction, lorsqu'il le sera devenu dans le cours du délire de persécution classique. Peu d'affections mentales sont, en effet, plus solidement organisées que celle-ci avec ses idées fixes, ses hallucinations sensorielles, sa chronicité presque fatalement incurable et sa continuité telle qu'on peut encore mettre en doute l'existence de rémissions vraies dans son cours.

Lorsque le caractère pathologique de l'inculpé sera affirmé par la coïncidence d'antécédents héréditaires, de stigmates physiques de dégéné-

---

arrêté par le vent ; de plus, avantage hors de prix pour le médecin, il va sur un étroit sentier ; enfin il coûte bien moins cher. Le tricycle n'est pratique que sur les bonnes routes : il doit attendre que l'empierrement soit entièrement écrasé, c'est-à-dire, qu'à la fin de l'hiver il commence à se montrer quand déjà la bicyclette roule depuis plus d'un mois.

Toutefois la bicyclette exige qu'on ne dépasse pas un certain poids ; au-dessus de cent kilos, vous ferez bien de vous borner au tricycle.

Le bâti de la machine est à corps droit ou à cadre. Le corps droit est une tige unique qui relie l'avant à l'arrière : le poids du corps porte en son travers. Pour qu'il soit suffisamment solide il le faut gros, donc lourd.

Le cadre, comme son nom l'indique, est formé de tiges réunies en forme de cadre plus ou moins losangique. Il offre une plus grande solidité en même temps qu'une grande légèreté. Conclusion : choix d'une machine à cadre.

La question des roulements est facile. Aujourd'hui tous les roulements sont à billes, excepté aux pédales et à la direction, où l'on ne met des billes que sur commande. Les billes aux pédales ne donnent pas une bien grande supériorité de marche ; cependant elle est sensible. Si vous ne regardez pas à 25 fr., prenez des pédales à billes.

Je vous conseille vivement la direction à douille à billes pour la bicyclette : elle est d'une mobilité telle que la direction ne demande plus le moindre effort, et qu'un débutant apprend en trois ou quatre séances à marcher sans mettre les mains au guidon, en ne gouvernant que par l'inclinaison du corps du côté où l'on veut aller. D'ailleurs, l'augmentation de prix n'est que de 25 fr.

Les selles étant généralement bonnes aujourd'hui, je n'en dis rien, sinon que pour avertir qu'il faut donner son poids lors de la commande.

J'allais oublier la lanterne : prenez une lanterne à bougie, qui ne fumera pas, ne vous tachera pas, ne s'éteindra que rarement.

Dr Guillaume, de Chaumont.

(*A suivre.*)

rescence et d'actes cérébraux anormaux, nous devrons déclarer ces persécuteurs aussi irresponsables que la variété précédente.

Mais à partir des états mitoyens qui témoignent d'une organisation pathologique incomplète, états dont nous nous garderons bien, et pour cause, de tracer la démarcation, le médecin fera, quoi qu'on en ait dit, une œuvre à la fois scientifique et utile en énonçant l'atténuation de la responsabilité.

La séquestration est applicable à tout aliéné persécuteur et les indications de cette mesure, loin d'être outrepassées par la pratique actuelle, pourraient avec avantage être multipliées. Au point de vue du danger pour autrui, comment pourrait-on méconnaître les avantages uniques de la séquestration ? Dangereux, le persécuteur l'est toujours, mais il le devient de diverses manières. On est trop porté à croire qu'il ne peut se laisser aller à des actes criminels qu'au fur et à mesure de l'évolution d'un délire, dont les étapes régulières peuvent être diagnostiquées. Le crime logique et préparé de longue date n'est pas le seul que ces malades commettent. Laissé livré à lui-même, l'aliéné persécuté pourra brusquement rencontrer sur sa route une circonstance d'apparence insignifiante qu'il fera entrer dans le cycle de ses conceptions délirantes et qui le transformera en un persécuteur des plus redoutables.

L'aliéné persécuteur est destiné en somme, suivant nous, à être soustrait à la vie commune et placé dans un asile pendant la période la plus longue de l'évolution de sa maladie. Mais l'organisation générale des asiles publics et la conception administrative régnante répondent peu aux besoins de notre époque, et il est difficile d'appliquer la différenciation des modes d'assistance suivant telle ou telle classe de malades.

Il faudrait pouvoir réserver l'asile actuel aux aliénés justiciables de l'intervention médicale.

La séquestration des persécuteurs gagnerait en efficacité s'ils étaient soustraits au voisinage de certains malades et soumis à un régime moins voisin du régime pénal de celui de nos grands asiles, celui par exemple des colonies agricoles.

Quant aux persécuteurs signalés par un caractère dangereux intense et incurable, il n'y aurait que des avantages à les transporter très loin des lieux où s'est organisé leur délire, et la Nouvelle-Calédonie a bien assez de place pour leur installer, à côté de ses établissements pénitentiaires, une colonie où ils trouveraient dans un travail approprié une diversion à leurs idées pathologiques et seraient en même temps soustraits par l'éloignement aux occasions incessantes qui en ont fait les fléaux de leurs concitoyens de la mère-patrie.

M. Charpentier (de Paris) est d'avis de proposer l'irresponsabilité, quand le délit est un acte pathologique, lié à l'idée délirante ; la responsabilité atténuée, quand, chez le délinquant, malgré l'absence de lien entre le délit commis et l'idée délirante, il se trouve une accumulation de présomptions tirées, soit d'autres troubles mentaux antérieurs, soit de signes physiques ou psychiques dits de dégénérescence ; et la responsabilité partielle quand, en l'absence des présomptions ci-dessus notées, il n'y a aucun rapport entre le délit et l'idée délirante.

La séquestration de l'aliéné persécuteur dans un asile, doit comporter la possibilité de l'application d'une thérapeutique disciplinaire (isolement absolu provisoire, moyens de contrainte, punitions).

Les aliénés persécuteurs dangereux ou indisciplinés doivent être séquestrés dans tout asile d'aliénés, mais pourvus de quartiers spéciaux.

Suivant M. Giraud (de Rouen), il n'y a pas à hésiter à déclarer irresponsables les persécuteurs persécutés, et à proposer leur séquestration. Il n'en est pas de même quand on est en présence d'un dégénéré qui n'offre pas de symptômes nets d'aliénation mentale.

M. Giraud est d'avis qu'on s'engage dans une mauvaise voie en admettant la responsabilité partielle. Le jury ne peut pas rendre un verdict partiel, et ne peut qu'admettre des circonstances atténuantes après avoir considéré le prévenu comme responsable.

M. Giraud trouve excessive la proposition de transporter dans les colonies les aliénés persécuteurs incurables. Les aliénés sont des malades et on ne doit pas prendre à leur égard des mesures analogues à la relégation et les assimiler en quelque sorte à des récidivistes incorrigibles.

De l'assistance des épileptiques.

M. Lacour, rapporteur, dit que le dénombrement des épileptiques en France est impossible à établir. Tant de familles cachent cette tare. Legrand du Saulle en fixait le chiffre à 40,000 ; Lunier établit sur des documents officiels que le nombre des épileptiques avoués ne dépasse pas 33,225, qu'il décompose ainsi : 3,550 internés comme aliénés, 1,650 placés comme non aliénés dans les établissements spéciaux, hôpitaux ou hospices, d'une certaine importance ou desservis dans de petits hospices. Les 28,000 restants sont conservés dans leurs familles, ou errent à l'aventure.

La première idée qui vient à l'esprit pour assister les épileptiques, la plus pratique, la plus économique, c'est l'annexion aux asiles d'aliénés, de quartiers indépendants suffisamment vastes pour y établir des fermes et des ateliers.

A Paris, les épileptiques simples ont pu avoir une organisation particulière qui exclut autant que possible toute confusion entre eux et les aliénés.

Hors Paris, les épileptiques peuvent mourir ou être aggravés avant d'avoir rempli des formalités qui annulent pour ainsi dire leur assistance. Ils sont repoussés des asiles parce qu'ils ont trop de raison et des hôpitaux parce qu'ils peuvent devenir subitement impulsifs. Pourtant l'assistance des épileptiques est convenablement représentée dans quatre établissements d'une organisation tout à fait différente ; ce sont les asiles de l'Antiquaille et du Perron, à Lyon, de la Teppe dans la Drôme, de la Devèze dans le Cantal, de la Force dans la Dordogne.

A l'étranger, l'ostracisme pèse sur les épileptiques. L'assistance des épileptiques est donc encore restreinte, mais une réaction se fait partout en leur faveur, et en France un projet de loi (Reinach) rend cette assistance obligatoire dans la législation destinée à remplacer la loi de 1838.

M. Mairet (de Montpellier) communique un travail sur la *température dans l'épilepsie.*

Pendant la période convulsive, on a constaté un abaissement de température de 3/10 de degré à 1 degré. Pendant la période de réveil, la température s'élève un peu, mais reste au-dessous de la normale. Elle se maintient ainsi pendant toute la durée de cette période. Dans les heures qui suivent le réveil, la température reste supérieure à la normale ; en moyenne, le jour de l'attaque, la température demeure élevée.

MM. Weill et Dubois ont recherché la *toxicité des urines des sujets vésaniques*, suivant la méthode de M. Bouchard, par injections intra-veineuses chez le lapin. L'urine de vésanique était moins toxique que celle d'un sujet normal.

Comment interpréter cette différence? Le vésanique fabrique-t-il moins de toxines, et dans ce cas certains symptômes relèvent-ils de cette manière d'empoisonnement en retour, qu'on observe sous le nom de phénomène d'abstinence, chez les sujets comme les morphinomanes et les alcooliques astreints régulièrement à l'usage d'un toxique.

Dans ce cas qu'y aurait-il de choquant à administrer les principes actifs de l'urine normale sous forme de lavements, par exemple, à des sujets vésaniques, ou à les traiter comme des alcooliques ou des morphinomanes par des équivalents toxiques, éther, chloral, digitale ? Le traitement idéal serait de combattre directement le vice de nutrition qui préside à l'élaboration insuffisante des toxines et à restituer aux fous une urine louable.

Sur la revision de la loi de 1838.

La nouvelle loi sur les aliénés, proposée aux Chambres, a pour but de substituer l'autorité judiciaire à l'autorité préfectorale comme contrôle des aliénés.

Ce ne serait plus le préfet qui ordonnerait l'internement des aliénés, mais le tribunal réuni en chambre du conseil.

Il semble que cette substitution n'aura pas beaucoup d'avantages ; le tribunal ne fera pas autre chose que le préfet, il ordonnera l'internement en s'appuyant sur l'autorité du certificat médical, comme le préfet, et aura par conséquent les mêmes éléments d'information. La loi nouvelle ne nous fait rien gagner. Si le préfet se trompe, les amis et les parents du malade peuvent avoir recours au tribunal, qui peut casser son arrêté. Ce contrôle n'existe pas dans la nouvelle loi, et, s'il y a erreur, il ne pourra y avoir appel.

Les inconvénients sont nombreux ; au point de vue médical, les aliénés ne seront plus considérés comme des malades, ils sont mis hors de la société par le jugement ; depuis longtemps, les médecins s'efforcent de faire considérer les aliénés comme des malades ordinaires ; à ce point de vue la loi va faire un saut en arrière.

La nouvelle loi a évidemment des avantages, mais pas assez pour faire abroger l'ancienne, qui n'a besoin d'être modifiée que dans quelques détails.

Sur la proposition de M. Rebatel, l'ordre du jour suivant a été voté à l'unanimité.

« Les membres du Congrès de médecine mentale de Lyon, considérant que la loi de 1838, appliquée journellement depuis cinquante ans, répond aux besoins des malades et n'a donné lieu qu'à des abus très restreints comme nombre et des plus contestables comme faits, émettent le vœu que la loi de 1838, susceptible de quelques perfectionnements dans les détails, soit maintenue dans ses dispositions générales. »

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Le ballon Champetier de Ribes.

(*Historique. — Description. — Manuel opératoire. — Indications et contr'indications.*)

Un membre du *Concours médical* m'écrit à la date du 10 août : « Je désirerais savoir — comme beaucoup de mes confrères du *Concours*, je pense — dans quels cas l'emploi du ballon Champetier de Ribes est indiqué, quels sont ses avantages et ses inconvénients, comment il faut l'appliquer, etc. Vous plairait-il de consacrer à ce sujet l'un de vos prochains articles ? »

C'est toujours avec un extrême plaisir que je reçois une de ces lettres m'indiquant l'*article à faire* — comme dirait notre bon Sarcey — : en abordant un sujet ainsi indiqué j'ai l'espoir de pouvoir être agréable, sinon utile à quelques lecteurs et la presque certitude d'être au moins lu par celui qui me fournit l'indication.

Pour répondre amplement au désir de mon honorable correspondant d'aujourd'hui, je vais reprendre la question *ab ovo* ; elle en vaut la peine.

Historique. — C'est en 1888 que ce nouveau-né a vu officiellement le jour : depuis son apparition son succès a toujours été grandissant auprès de *ceux qui le connaissent*. Il a eu la bonne fortune d'avoir pour père un accoucheur distingué qui en a mûri le projet pendant plusieurs années et pour parrain le Prof. Pinard qui s'en est servi dès le début avec grand succès.

Étant en 1878 l'interne de M. Tarnier à la Maternité, M. Champetier de Ribes, tout en constatant la supériorité du ballon Tarnier sur les autres moyens de provoquer l'accouchement, avait pensé que cette méthode elle-même pouvait être perfectionnée. Que se passe-t-il en effet lorsqu'on introduit un ballon Tarnier dans l'utérus, au-dessus de l'orifice interne? Ce ballon *excitateur* provoque au bout d'un temps variable les contractions utérines qui l'expulsent dans le vagin. Généralement l'utérus mis en train continue à se contracter ; le col s'efface et la dilatation de l'orifice se fait plus ou moins rapidement ; mais dans un certain nombre de cas, surtout chez les multipares, l'utérus se montre plus tolérant ; il expulse bien, et même assez rapidement, le ballon excitateur, mais une fois débarrassé de ce corps étranger, il se calme ; le début de travail cesse et tout est à recommencer.

Il est à remarquer que le ballon, dont les parois sont souples, minces (trop minces même souvent) se lamine pour passer à travers le canal cervical et sort par des orifices dont le diamètre est inférieur de beaucoup à celui du ballon lorsqu'il n'est pas comprimé. Dans ces cas où il est difficile de provoquer le travail, on peut avoir recours aux ballons dilatateurs de Barnes, mais leur volume n'est pas suffisant et ils sont souvent expulsés dans le vagin sans que le travail soit réellement déclaré.

Frappé de ces inconvénients du ballon Tarnier, M. Champetier de Ribes chercha « *le moyen de provoquer sûrement et rapidement le travail*

et en même temps de dilater tout le canal génital de façon à supprimer les obstacles provenant des parties molles au moment de l'accouchement, soit qu'on abandonne celui-ci à la nature, soit qu'on le termine à l'aide d'opérations. » Il pensa que dans ce but il fallait employer des appareils de volume beaucoup plus grand, ne se laissant pas comprimer sous l'influence des pressions qu'ils supportent dans le trajet à parcourir ; il imagina un ballon de forme conique, qui, rempli de liquide, fût assez volumineux pour dilater complètement le segment inférieur et l'orifice utérin.

Les premiers essais de ce ballon furent faits en 1887 ; le 23 juin 1888 parut dans la *Gazette médicale de Paris* un travail de notre ami le Dr Lefevbre, alors interne de M. Champetier. Dans une courte analyse de ce travail (*Concours médical* 11 août 1888, page 382), nous terminions en disant : « Nous avons vu appliquer plusieurs fois ce ballon depuis deux mois et il nous paraît présenter une supériorité marquée sur le ballon excitateur du Dr Tarnier et sur le violon dilatateur de Barnes ; le travail se déclare plus tôt et marche plus vite. Le ballon introduit joue, grâce à sa consistance, le rôle d'une poche des eaux active.... Nous espérons que M. Champetier de Ribes publiera prochainement les résultats remarquables qu'il a obtenus à l'aide de ce nouvel appareil, simple et pratique, qui permet de provoquer sûrement et rapidement l'accouchement prématuré ». Ce vœu fut réalisé ; quelques temps après M. Champetier publiait sur ce sujet un travail important, (*Annales de gynécologie* décembre 1888) auquel nous allons faire de nombreux emprunts. Ce mémoire était intitulé : *De l'accouchement provoqué ; dilatation du canal génital (col de l'utérus, vagin et vulve) à l'aide de ballons introduits dans la cavité utérine pendant la grossesse* ».

Plus récemment notre collègue et ami Varnier a consacré (*Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance*, mars et avril 1890) deux articles forts intéressants *sur la dilatation artificielle de l'orifice utérin pendant le travail* et a montré quels services pouvait rendre le ballon Champetier à ce point de vue.

Enfin M. Pinard a fait connaître les résultats de sa pratique sur « l'accouchement provoqué » (*Annales de gynécologie*, janvier et février 1891) ; dans ce mémoire il a montré quelle était la supériorité du ballon Champetier sur les autres méthodes de provocation de l'accouchement.

Avant d'étudier les avantages et les inconvénients du ballon, son mode d'action, ses indications, voyons comment il est construit, et comment il faut s'en servir.

II

Lorsqu'on veut provoquer l'accouchement, il faut avoir à sa disposition : 1° plusieurs litres de solution phéniquée au 1/100e qui a l'avantage de ne pas altérer le caoutchouc ; 2° de la vaseline phéniquée à 1 % ; 3° une seringue graduée. Primitivement on se servait d'une seringue d'une capacité de 150 gr. ou 200 gr. ; il est préférable d'employer une seringue d'une contenance plus grande de 300 gr. à 400 gr., qui permet de remplir le ballon d'une seule fois (on injecte en moyenne de 400 à 500 gr. de liquide) ; 4° du fil à ligature avec lequel on peut oblitérer le tube de remplissage de manière à ce qu'il ne suffise pas de toucher le robinet pour que le ballon se vide.

5° *Le ballon* doit remplir les conditions suivantes : être inextensible, imperméable, assez résistant pour supporter les pressions exercées par l'utérus et les muscles abdominaux, et toutefois ses parois doivent être assez minces pour que le ballon vide puisse être porté sans violence à travers le canal cervical non dilaté jusqu'au-dessus de l'orifice interne. Pour obtenir ce résultat, M. Galante, après de nombreux tâtonnements, a fabriqué sur les indications de M. Champetier de Ribes, un ballon formé d'une poche de tissu de soie mince et souple et recouvert sur ses deux faces d'une couche de caoutchouc. Ce ballon a la forme d'un cône allongé de 10 à 12 centimètres de hauteur ; lorsqu'il est plein, la circonférence de ce cône, au niveau de la partie la plus large, *mesure* 31 *centimètres* ; la hauteur de la base à l'origine du tube est de 9 centim. Le tube qui termine ce ballon a une forme légèrement conique ; l'axe de ce tube fait avec celui du ballon un angle obtus de 135° environ. Le tube a 65 millimètres de longueur et 2 centimètres de diamètre dans sa partie la plus étroite. Il se termine sur une pièce de caoutchouc durci de 2 cent. de diamètre et de 1 cent. de longueur, sur laquelle se fixe d'autre part un tube de caoutchouc solide, cylindrique, à parois épaisses et sur le trajet duquel se trouve un robinet.

6° *Pince.* Pour introduire le ballon on peut se servir à la rigueur d'une pince courbe quelconque, un peu longue ; mieux vaut employer une pince spéciale ayant une longueur totale de 29 cent., dont 14 cent. de l'extrémité des mors à l'articulation et 15 cent. de l'articulation à l'extrémité des anneaux. Cette pince a une courbure antéro-postérieure analogue à celle du conducteur de M. Tarnier ; de plus les mors en sont coudés sur le plat de telle sorte que quand la pince est serrée, ils interceptent entre eux un espace qui a la forme d'un fuseau, très allongé dans lequel se loge le ballon plié. Les deux branches sont maintenues rapprochées par un arrêt à crémaillère. L'articulation des deux branches est celle de la pince à faux germe de Pajot : les deux branches peuvent être facilement séparées pour être retirées isolément.

Préparatifs de l'opération. La femme doit avoir été désinfectée : bains savonneux pendant le ou les jours qui précèdent, injections vaginales antiseptiques, rasage de la vulve, etc. — Bien que dans presque tous les cas, l'anesthésie chloroformique soit inutile, il est préférable que la femme soit à jeun pour qu'on puisse recourir à l'anesthésie, si la femme est indocile, se débat. Il est bon, par un examen antérieur, de s'être assuré que le col est suffisamment perméable, pour permettre l'introduction d'un ou de deux doigts ; chez les primipares, M. Pinard n'introduit presque jamais d'emblée le ballon Champetier ; il prépare le col à l'aide du ballon Tarnier ; chez les multipares l'introduction du ballon Champetier ne présente de difficultés que chez celles dont le col est déformé par du tissu cicatriciel, reliquat d'opérations antérieures ; il est alors parfois nécessaire de commencer par le ballon Tarnier.

La pince qui sert à conduire le ballon est stérilisée soit dans l'étuve, soit par le flambage à l'alcool ; le ballon, dont une large surface, va être en contact avec le segment inférieur, doit

être minutieusement lavé, brossé, et plongé pendant une heure ou deux dans une solution phéniquée un peu forte. — De plus il faut le jauger et l'essayer : pour cela on le remplit de liquide antiseptique et on presse fortement sur le piston de la seringue de manière à s'assurer de la résistance de ses parois. On fait alors sortir le liquide que l'on recueille et que l'on mesure pour savoir quelle est la quantité qu'il faut injecter pour avoir une dilatation maxima.

On plie ensuite le ballon de manière à ce qu'il soit le moins épais possible ; expurgé de liquide et d'eau, ce ballon, dont les parois s'accolent l'une à l'autre, se roule facilement et prend la forme d'un fuseau. Lorsqu'il est ainsi plié, on le fixe solidement dans les mors de la pince de manière que l'extrémité libre dépasse de quelques millimètres le bout de la pince ; le ballon et la pince ainsi réunis présentent une circonférence maxima de 7 centimètres ; on les enduit abondamment de vaseline antiseptique.

La femme — dont les organes génitaux sont désinfectés — est mise dans la situation obstétricale; l'opérateur introduit doucement la main dans le vagin et fait pénétrer l'index dans le col, profondément au delà de l'orifice interne pour décoller les membranes, s'orienter, frayer la voie à l'instrument. Il retire un peu l'index et introduit à la fois l'index et le médius aussi profondément que possible; entre les deux on glisse l'extrémité du ballon, à mesure qu'il s'engage sans violence, on retire doucement du col les deux doigts l'un après l'autre et on suit les progrès de l'ascension. Le ballon doit pénétrer profondément ; l'extrémité de la pince doit aller à 10 ou 12 centimètres au delà de l'orifice externe du col, c'est-à-dire que l'articulation de la pince doit arriver jusqu'à 2 ou 3 centimètres du col.

Lorsqu'on juge que le ballon est suffisamment introduit, un aide qui se tient prêt avec une seringue remplie d'eau phéniquée tiède, ajuste cette seringue à l'extrémité du tube de remplissage et fait pénétrer le liquide, pendant que l'opérateur déclanche la pince tout en la laissant en place. Le ballon gonfle peu à peu, s'élève même un peu au-dessus de l'orifice interne ; on injecte la quantité de liquide que l'on juge utile, de manière à donner au ballon une distension presque complète. On retire les deux branches de la pince ; on ferme le robinet ; on met sur le tube de remplissage une ligature de sûreté, on fait une injection vaginale et on remet la femme dans son lit.

III

Généralement cette petite opération se pratique sans incident ; s'il survient cependant un suintement sanguin, il suffit de distendre rapidement le ballon et d'exercer quelques tractions sur lui de manière à ce qu'il fasse tampon et arrête ainsi l'écoulement sanguin. Il peut arriver aussi que les membranes se rompent : il ne faut pas se préoccuper outre mesure de cet incident, mais surveiller de près la femme pendant le cours de l'accouchement et surtout au moment de l'expulsion du ballon.

Le ballon est introduit : que va-t-il se passer? Au bout d'un temps variable (3 heures environ), la contraction utérine s'éveille ; la femme éprouve des douleurs ; le ballon est poussé de haut en bas, dilate l'orifice interne, pénètre dans le segment inférieur et dilate peu à peu l'orifice externe du col ; lorsque le ballon est incomplètement rempli, le travail se déclare généralement plus vite que lorsqu'il est distendu au maximum ; il est bon de le remplir incomplétement, en injectant 100 gr. de moins que la contenance totale. D'ailleurs c'est affaire de tâtonnement ; pour donner un bon résultat à coup sûr, ce ballon a besoin d'être surveillé, et *dirigé*.

Si au bout de 2 ou 3 heures, le travail ne débute pas, il faut d'abord exercer quelques tractions de manière à le faire pénétrer peu à peu par sa partie large dans le segment inférieur ; si le ballon ne descend pas, c'est qu'il est trop distendu. Il est alors utile de retirer 60, 80 ou 100 gr. de liquide. Les contractions utérines deviennent régulières, efficaces ; si elles sont fortes et rapprochées, on réinjecte partie ou totalité du liquide qu'on a retiré. Le travail continuant, il faut suivre les progrès de la dilatation de l'orifice utérin et, lorsqu'il semble que le ballon ne tardera pas à être expulsé dans le vagin, on le distend au maximum en réinjectant du liquide, de manière à ce qu'au moment de sa sortie, on obtienne toute la dilatation possible. Il est parfois nécessaire, lorsque ce ballon traverse un rétrécissement du bassin, qu'il soit dégonflé partiellement ; sans quoi il serait retenu au-dessus du détroit supérieur et n'appuierait pas bien sur le segment inférieur et sur l'orifice utérin. — Une fois le rétrécissement franchi, on redistend le ballon au maximum pour dilater l'orifice utérin. — Lorsque le ballon est hors de l'utérus, il ne tarde pas à être expulsé assez rapidement sous l'influence des efforts de la femme. C'est un véritable accouchement : le bassin mou se distend, le coccyx est rétropulsé, le périnée bombé comme au moment de l'expulsion de la tête fœtale.

C'est au moment où la femme commence à faire des efforts d'expulsion qu'il faut tâcher de bien maintenir la tête en bas, au niveau du détroit supérieur ; lorsqu'on constate que l'orifice utérin va être complètement dilaté, il faut, dans l'intervalle des contractions utérines, reconnaître par le palper la situation du fœtus : si la tête est en bas, il faut l'y maintenir ; si elle est plus ou moins éloignée de l'aire du détroit supérieur, il faut la ramener par des manœuvres externes.

Dans certains cas cette exploration et ces manœuvres ne sont pas toujours faciles en raison de l'intensité et de la fréquence des contractions utérines : il faut alors, dès que le ballon est hors des organes génitaux, il faut immédiatement pratiquer le toucher et s'assurer de la présentation ; si ce n'est point le sommet qui se présente, on tâche de le ramener au niveau du détroit supérieur à l'aide de la version par manœuvres externes ou par la version bipolaire. Généralement la tête descend dans l'excavation derrière le ballon et l'expulsion du fœtus ne tarde pas à se faire rapidement.

Toutefois, dans les rétrécissements du bassin, la partie fœtale peut rester élevée au-dessus du détroit supérieur.

Le Pr Pinard a magistralement exposé la conduite à tenir en pareille occurrence : « Il faut surveiller les progrès de l'engagement ; si c'est le sommet, et si après une demi-heure la tête ne s'engage pas, faites une application de forceps. Ne laissez pas l'enfant souffrir, laissez-lui toute la force, toute la vitalité indispensable pour sup-

porter le traumatisme nécessité par son extraction. Si vous attendez, d'une part les lèvres de l'orifice reviendraient sur elles-mêmes, s'œdématieraient et augmenteraient la viciation pelvienne ; de plus l'enfant serait atteint dans sa vitalité et bien que faisant une application de forceps sur un enfant vivant, vous n'arriveriez à extraire bien souvent qu'un enfant mort... Si l'enfant se présente par le siége, procédez de suite à l'extraction. Vous savez que toutes les parties molles utérines, vaginales et vulvaires ont été dilatées par le ballon et dilatées d'une façon suffisante pour n'apporter aucun obstacle au passage du fœtus ; donc faites tous vos efforts pour que l'enfant traverse aussi rapidement que possible le bassin..... Si l'enfant se présente par l'épaule ou si la tête reste très élevée et mobile et que vous ayez recours à la version, faites évoluer lentement l'enfant et procédez rapidement, mais scientifiquement à l'extraction. »

IV

C'est un des grands avantages du ballon Champetier de permettre la terminaison naturelle ou artificielle de l'accouchement aussitôt après son expulsion : il est le seul agent qui jusqu'à présent dilate complètement l'orifice utérin. De plus il provoque à coup sûr et rapidement le travail, même chez les multipares dont l'utérus est tolérant. Il est rare que l'accouchement n'ait pas lieu dans les 24 heures qui suivent l'introduction du ballon. Généralement il se termine 6, 8 ou 10 heures après l'intervention. La durée du travail dépend en effet de la cause pour laquelle on provoque le travail, de la tolérance plus ou moins grande de l'utérus et de la manière dont on dirige l'accouchement.

Si en effet on surveille la femme de près, si on se rend bien compte des phénomènes physiologiques du travail, si on sait à point introduire ou retirer du liquide, on peut produire une dilatation complète presqu'à heure fixe. Il suffit pour cela de tirer plus ou moins sur le ballon, de faire distendre plus ou moins rapidement le segment inférieur ; avec un peu d'expérience et d'attention, on peut fixer à l'avance l'heure probable de l'expulsion du fœtus. La question du ballon *dirigeable* est donc presque résolue, en *obstétrique* du moins.

M. Champetier de Ribes est arrivé au but qu'il visait en se proposant « de transformer l'accouchement provoqué en un accouchement gémellaire dans lequel le premier enfant serait réduit à la tête ».

La tête ici, c'est le ballon : lorsqu'il est expulsé, la voie est ouverte, libre, tout au moins au point de vue des parties molles (utérus, vagin, périnée). Mais il faut bien dire que l'enfant est exposé à un certain nombre de dangers que court le second fœtus dans les cas de grossesse gémellaire : présentation vicieuse, procidence du cordon, etc. Ce sont ces dangers qu'ont seuls mis en relief les adversaires du ballon Champetier, lui reprochant de déplacer la partie fœtale qui se présente, de favoriser ainsi la chute du cordon, etc. Ces objections sont vraies, mais il ne faut pas s'en exagérer l'importance ; l'essentiel est de surveiller de près la manière dont agit le ballon, de s'assurer de la présentation et de la corriger aussi rapidement que possible après l'expulsion — du premier fœtus — non — du ballon.

Ce qui est plus sérieux, c'est de ne pas obtenir de ce ballon tout l'effet qu'il peut donner. Je m'explique : il m'est arrivé — et il est arrivé à presque tous ceux qui se sont servis de cet appareil — d'extraire ou de laisser expulser hors des organes génitaux un ballon distendu au maximum, sans que pour cela l'orifice interne ou la partie supérieure du segment inférieur soit suffisamment perméable. Cet incident — qui peut être grave pour le fœtus — se produit de la manière suivante : on a introduit un ballon qu'on a distendu au maximum ; cet excès de tension empêche l'utérus de se contracter ; on retire du liquide ; la contraction n'est pas assez forte ; on soustrait à nouveau un peu de liquide ; le ballon s'abaisse ; la femme a des douleurs, on réinjecte du liquide, l'orifice externe est distendu au maximum ; mais l'orifice interne n'a pas été distendu, ou ne l'a été qu'incomplètement le ballon étant tombé et ayant été dilaté dans le segment inférieur.

Dans les cas où le sommet se présente, cette faute opératoire n'a pas grand inconvénient : sous l'influence de la contraction utérine, la partie fœtale pénètre à travers l'orifice interne dans le segment inférieur et l'accouchement se termine assez rapidement. Si le travail ne marche pas, il faut introduire à nouveau un ballon et le porter franchement au-dessus de l'orifice interne, et ne pas s'arrêter dans le segment inférieur.

V

Ce sont là questions de détail qui expliquent certains insuccès dus à une faute opératoire. Voyons maintenant dans quels cas on peut ou on doit recourir au ballon Champetier. Nous avons vu quels services il peut rendre pour la provocation de l'accouchement dans les rétrécissements du bassin : sa sûreté et sa rapidité d'action, qui n'ont aucun inconvénient pour la mère, sont précieuses pour le fœtus dont elles ménagent la vitalité, sans compter qu'en distendant les parties molles le ballon supprime une dernière cause de souffrance pour le fœtus.

Le professeur Pinard, l'emploie également avec succès dans les cas d'*hémorrhagie grave* liée à l'insertion vicieuse du placenta : après avoir rompu les membranes, si l'hémorrhagie, due au décollement du placenta par la partie fœtale, se reproduit, si les injections chaudes ne font pas suffisamment contracter l'utérus, on introduit un ballon Champetier qui agit d'une double façon : en servant de tampon réellement efficace, en accélérant le travail et en permettant ainsi de terminer promptement l'accouchement. Le ballon supprime d'autant mieux l'hémorrhagie qu'il amène une dilatation complète sans que la tête fœtale puisse venir appuyer sur le segment inférieur et produise une hémorrhagie en décollant par glissement le placenta sur son passage.

Dans les cas de *procidence du cordon*, lorsque la dilatation est insuffisante pour intervenir, on a recours avec grand avantage, au ballon Champetier de Ribes qui empêche la compression du cordon contre les parties dures et qui facilite l'extraction rapide du fœtus.

Lorsque la *délivrance est incomplète* à la suite d'un avortement et surtout d'un accouchement à terme, et qu'il faut pénétrer dans un utérus en partie rétracté, on introduit le ballon Champetier que l'on distend modérément ; la main et une partie de l'avant-bras pénètrent ensuite sans difficulté et peuvent explorer à l'aise la surface interne de l'utérus.

Il est enfin une circonstance dans laquelle l'usage du ballon Champetier est précieux : lorsqu'on est appelé auprès d'une femme, ou lorsqu'on dirige l'accouchement d'une femme, ayant un rétrécissement du bassin ; le travail s'est déclaré spontanément ; la partie fœtale reste élevée ; elle n'appuie pas sur l'orifice utérin : d'où ralentissement du travail qui traîne en longueur, et menace sinon pour la vie, — du moins pour la vitalité de l'enfant. Il y a alors grand intérêt à parfaire la dilatation à l'aide du ballon Champetier, mais à la condition *que la partie fœtale ne soit pas engagée ou qu'elle ne soit pas trop amorcée.* Il est même bon, dans ces cas-là, de ne pas attendre que la dilatation soit trop avancée ; car il est alors difficile de maintenir le ballon dans le segment inférieur pendant qu'on injecte le ballon.

D'une manière générale on peut recourir au ballon Champetier toutes les fois que l'excavation étant vide, il y a intérêt pour la mère ou pour l'enfant à *provoquer le travail* (accidents gravido-cardiaques, albuminurie intense, etc), ou à le mener rapidement (fœtus mort avec membranes rompues et tendance à la putréfaction, présentation de l'épaule avec impossibilité de faire la version par manœuvres externes, etc.)

L'engagement de la partie fœtale est donc une contre-indication formelle à l'emploi du ballon Champetier de Ribes, qui d'ailleurs est presque impossible à appliquer dans ces conditions. Il en est de même lorsque l'utérus est fortement rétracté ou plutôt contracturé, sous l'influence de l'ergot de seigle.

Enfin dans les cas d'hydropisie de l'amnios, si son usage est indiqué par un rétrécissement du bassin coexistant, il faut avoir soin de faire préalablement une ponction des membranes de manière à diminuer la surdistension du muscle utérin : c'est la précaution que nous avons vu prendre avec succès par le professeur Pinard dans un cas semblable. Nous rappelons que chez les primipares, chez lesquelles on provoque le travail, il est préférable de ne pas recourir d'emblée au ballon Champetier, mais de préparer d'abord le canal cervical à l'aide du ballon Tarnier. — Ces deux instruments se complètent donc l'un par l'autre.

VI

En résumé, il est probable que des perfectionnements seront encore apportés dans la disposition de ce ballon et dans son mode d'emploi ; tel qu'il est, à l'heure actuelle, il rend de grands services dans la pratique obstétricale.

Il est venu fournir un argument *actif* en faveur de l'accouchement provoqué à une époque où cette méthode est mise en parallèle dans un certain nombre de cas, avec d'autres procédés opératoires plus radicaux, mais d'une sécurité moins grande pour les parturientes, je veux parler de l'opération césarienne et de l'*opération de Porro*.

D^r G. LEPAGE.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de Montaigu-Vendée.

Montaigu, le 10 août 1891.

Monsieur le Conseiller Général,

La Commission nommée par le Sénat pour examiner la loi sur l'exercice de la médecine, votée les 18 et 20 mars dernier par la Chambre des Députés, demande votre avis sur la suppression, édictée par cette loi, de l'officiat de santé, et vous prie de répondre aux deux questions ainsi formulées :

1° Y a-t-il intérêt pour les populations de la campagne à maintenir l'officiat de santé tel qu'il existe en ce moment ?

2° Si, dans l'avenir, le recrutement des officiers de santé était supprimé, le service médical serait-il assuré dans les campagnes ?

L'opinion que vous êtes appelé à émettre a une grande importance pour le Corps médical, et vous comprendrez que nous ayons cru de notre devoir de vous exposer nos desiderata, et de solliciter votre haut et bienveillant appui.

Depuis de longues années, nous réclamons des pouvoirs publics la suppression de l'officiat de santé, et, parmi nous, ce sont les officiers de santé eux-mêmes qui insistent avec le plus d'énergie. C'est qu'en effet, l'officiat de santé n'a jamais rempli le but en vue duquel il avait été institué, et que, même, il s'en écarte de plus en plus.

L'officier de santé, dans l'esprit du législateur, devait assurer les secours médicaux aux malades des campagnes, les docteurs en médecine ne devant, semblait-il s'établir que dans les centres importants et riches : or, les statistiques démontrent que les officiers de santé, rares dans les départements pauvres, sont relativement nombreux dans les contrées riches et populeuses.

Cela se conçoit, au reste. Les études de l'officiat sont devenues, à l'heure actuelle, presque aussi onéreuses et aussi étendues que celles du doctorat, et les nécessités de l'existence nous obligent tous, officiers de santé et docteurs, à choisir pour résidences les localités qui nous offrent le plus de chances d'y vivre honorablement.

Et puis, n'est-ce pas dans les campagnes que le médecin a le plus besoin de connaissances approfondies ? Celui des villes trouve aisément un ou plusieurs confrères qui l'assistent dans les cas difficiles : le médecin de campagne doit souvent agir seul, et il lui faudrait tout savoir. L'intérêt des malades exige donc, à la campagne surtout, la présence de médecins instruits, et ils y seront d'autant plus nombreux que la faculté de passer en province les examens du doctorat vient diminuer les dépenses de l'aspirant au doctorat, et facilite d'autant l'accès de la carrière médicale.

A l'appui de ces raisons qui, toutes, militent en faveur de la suppression de l'officiat de santé, nous sommes heureux d'ajouter les considérations suivantes que M. le professeur Brouardel, l'éminent doyen de la Faculté de Médecine de Paris, exposait le 9 juillet dernier, devant les Membres de la Commission du Sénat :

« Les élèves inscrits pour l'officiat de santé se divisent en deux catégories :

1° Les fils de familles de contre-maîtres, de petits commerçants, qui n'ont pas pu faire donner à leurs enfants l'enseignement des lycées et qui commencent les études médicales entre dix-huit et vingt-cinq ans. C'est une catégorie très intéressante où l'on trouve de bons élèves ;

2° Les pharmaciens qui prennent le grade d'officier de santé pour exercer à la fois la médecine et la pharmacie.

Ces catégories multiples expliquent l'âge si variable auquel ces différents élèves finissent leurs études de l'officiat.

Dans les années 1888 et 1889, sur 22 officiers de santé reçus à la Faculté de Paris, cinq seulement

avaient moins de 30 ans, sept moins de 40 ans, sept avaient de 40 à 50 ans, un était âgé de 53 ans, deux enfin de 60 et 61 ans.

Le nombre des officiers de santé reçus annuellement *a diminué progressivement*, et il est arrivé, dans ces dernières années, à 100 environ, à une ou deux unités près, tandis qu'on fait annuellement 620 docteurs. Les 100 officiers de santé font leurs études, pour un tiers dans les Facultés, pour les deux tiers dans les Écoles préparatoires. Ces écoles auraient tort de considérer leur avenir comme lié à la conservation de l'officiat, car beaucoup d'entre elles ne reçoivent annuellement qu'un ou deux officiers de santé, et à peine, en moyenne, quatre ou cinq.

La loi militaire va, de plus, *diminuer de moitié le nombre des élèves de l'officiat*. Il leur sera, en effet, très difficile de commencer leurs études avant vingt-cinq ans, après trois ans de service militaire.

On peut donc dire *que l'officiat de santé est une institution agonisante*, et qui disparaîtrait naturellement de sa belle mort, si elle n'était supprimée d'un coup par la loi votée par la Chambre.

La statistique de répartition des officiers de santé et docteurs montre qu'il existe des zones, de Bordeaux à Marseille, par exemple, où les docteurs existent à peu près seuls ; que les officiers de santé ne vont, pas plus nombreux que les docteurs, dans les départements pauvres (le département de la Lozère ne compte qu'un seul officier de santé).

Dans les départements où les médecins sont peu nombreux relativement au chiffre de la population, le nombre des officiers de santé n'est pas, non plus, en rapport avec les besoins de la population rurale. Ainsi, dans les départements très pauvres en médecins, où il n'y en a qu'un pour 6 à 9,000 habitants, on n'en trouve que 4, comme dans la Haute-Loire, 7 dans les Hautes-Alpes, 8 dans l'Ardèche. Pas plus que les docteurs, les officiers de santé ne vont s'établir dans les départements pauvres, tandis que leur nombre augmente en général avec celui des docteurs dans les départements plus fortunés.

Pour ce qui est de leur répartition dans les villes, on trouve, dans les villes au-dessus de 10,000 habitants, 5.214 docteurs et 476 officiers de santé. Il reste donc pour les autres localités 6.761 docteurs et 2.318 officiers de santé.

Si l'on veut assurer le service médical dans les campagnes, il faut, *non pas conserver l'officiat qui se meurt*, mais constituer par les syndicats de communes, par les secours du département, toute une organisation nouvelle qui assure les conditions d'existence des médecins.»

Nous n'avons rien à ajouter aux paroles de M. le professeur Brouardel. Elles répondent, avec la légitime autorité qui s'y attache, aux deux questions qui vous sont posées, et démontrent :

1° Que les populations des campagnes n'ont pas d'intérêt au maintien de l'officiat tel qu'il existe en ce moment ;

Et 2° que le service médical dans les campagnes ne souffrirait pas de sa suppression.

Mais il est un autre motif pour ne pas conserver l'officiat de santé avec ses conditions actuelles.

Vous savez, en effet, que l'officier de santé ne peut (article 29 de la loi du 19 ventôse an XI) exercer sa profession que dans les limites du département pour lequel il a été reçu. C'est là une restriction que rien ne saurait justifier, et qui est blessante pour le corps honorable des officiers de santé.

Comme nous, vous demanderez — ce que la Chambre des Députés a voté, au reste — que les officiers de santé actuellement exerçant ou en cours d'études, puissent pratiquer leur art dans toute l'étendue du territoire français. Ce sera faire acte de justice.

Nous avons l'espoir, Monsieur le Conseiller général, que vous partagerez les sentiments qui nous animent, et que par votre vote doublement négatif, vous voudrez bien contribuer à faire l'union dans le Corps médical français.

Veuillez agréer, Monsieur le Conseiller général, tant au nom des membres du Syndicat médical de Montaigu qu'au mien, l'expression de nos sentiments respectueux.

Le Président, Dr CAILLETEAU.

Le Président de l'Union des Syndicats médicaux de France,

MIGNEN.

FORMULAIRE DU « CONCOURS MÉDICAL »

Poudre absorbante et laxative contre la dyspepsie flatulente avec constipation.

Poudre de belladone......	1	grammes
Poudre de rhubarbe......	3	—
Poudre de gentiane......	6	—
Poudre d'yeux d'écrevisse.	10	—

Mêlez intimement pour faire 20 cachets, un au déjeuner et l'autre au dîner.

P. L. G.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le Dr FROUIN, de St-Nicolas-du-Pelem (Côtes-du-Nord), membre du Concours médical.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Histoire zoologique et médicale des Téniadés, par le Dr Raphaël Blanchard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. In-8° de 112 pages illustré de 22 belles figures. Prix : 3 francs.

Le praticien trouvera dans ce remarquable travail les données les plus sûres et les plus vraies sur la symptomatologie, l'anatomie pathologique, etc., du vers solitaire.

Notes sur le traitement de la syphilis en Allemagne et en Autriche, par le Dr Paul Raymond, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 80 pages. Prix : 3 francs.

Livre tout de pratique récente.

Guide pratique d'accouchement, par le Dr Bureau, professeur agrégé. In-18 de 420 pages avec figures dans le texte. Prix : 6 francs.

Ce livre, qui ne contient que des indications pratiques, est le meilleur et le plus récent des Vade mecum.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Treizième année N° 35 29 Août 1891

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Congrès international d'hygiène et de démographie à Londres

La séance d'ouverture du VII^e Congrès international d'hygiène et de démographie a eu lieu le 10 août 1891, à Londres, sous la présidence du prince de Galles. La France était représentée, en particulier par MM. Brouardel, Bérenger-Féraud, Cornil, Gariel, Bergeron, J. Rochard, Raphaël Blanchard ; Longuet et Schneider, délégués du ministère de la Guerre ; Chauveau, Nocard et Arloing, représentant le ministère de l'Agriculture ; Bertillon, chef du service de statistique municipale ; Arnoult (de Lille), Henrot (de Reims), Pamard (d'Avignon) ; A. J. Martin, secrétaire du Conseil d'hygiène ; Deshayes, Hue et Laurent (de Rouen), etc.

Après le discours d'ouverture, prononcé par le prince de Galles, M. Brouardel a fait un discours dont nous citons les principaux passages.

«.... Nous savons qu'en Angleterre l'opinion publique est prête à seconder nos efforts. Nous en avons pour sûr garant l'histoire de ces cinquante dernières années.

En 1837, dès la première année du règne de Sa Gracieuse Majesté, a paru l'*act* qui rendait obligatoire l'enregistrement des décès. Cette loi inaugurait l'ère des réformes administratives intéressant la santé publique, l'ère que notre excellent collègue du *Board local government* a si justement appelée *The Victorian era*.

Cet *act* n'est pas isolé. Sous l'impulsion de deux de vos illustres concitoyens, William Farr et Edwies Chadwick, vous avez organisé un système sanitaire qui, après des luttes prolongées, aboutit, il y a vingt ans, à la création du *Board local government*. En 1875, celui-ci soumit au Parlement un projet de loi destiné à protéger la santé publique.

Dans la discussion qui précéda le vote, un de vos premiers ministres, Disraeli, prononça à la Chambre des communes ces paroles mémorables qui pourraient être répétées dans tous les pays et dans tous les parlements :

« La santé publique est le fondement sur lequel reposent le bonheur des peuples et la puissance d'un pays. Le souci de la santé publique est le premier devoir d'un homme d'État. »

Depuis lors, chaque année, vous avez apporté de nouveaux perfectionnements à vos lois sanitaires. Si, à vos yeux, elles ne sont pas parfaites, aux yeux des peuples qui vous entourent elles sont un idéal vers lequel tendent leurs plus ardentes aspirations ; c'est votre exemple qu'ils invoquent quand ils réclament des pouvoirs publics les armes nécessaires pour combattre les épidémies, pour lutter contre les fléaux qui déciment leurs concitoyens.

Vous avez su prendre le premier rang dans l'art de formuler les règles administratives protectrices de la santé humaine : ce n'est pas votre seul titre de gloire dans le domaine de l'hygiène.

Parmi les maladies, qu'à juste titre on pourrait appeler pestilentielles, il en est quelques-unes qui, dès maintenant, peuvent être caractérisées par le mot *évitable* : tels sont la variole, la fièvre typhoïde, la dysenterie, le choléra.

Pour l'une d'elles, la plus cruelle de toutes, l'immunité conférée par la vaccination est absolue. Qui donc a ainsi préservé de la mort des millions d'êtres humains de tous les pays, de toutes les races ? Le 14 mai 1796 — cette date vaut bien celle d'une grande bataille — Jenner, par deux incisions superficielles, inoculait la vaccine au jeune James Phipps. La préservation contre la variole vous appartient, le monde vous en sera éternellement reconnaissant.

Prenons deux autres maladies épidémiques. Pourra-t-on étudier la propagation de la fièvre typhoïde, sans citer les noms de Budd, de Murchison ? Faut-il rappeler que c'est l'épidémie de choléra de 1886, en Angleterre, qui a fait naître la théorie de sa propagation par l'eau d'alimenta-

tion ? Certes, même en Angleterre, ces découvertes n'ont pas de suite porté tous leurs fruits, les ligues contre la vaccine ne sont pas encore mortes. Quelle que soit l'ardeur de vos contradicteurs, votre œuvre vivra, car tous les peuples en tirent avantage.

Mais, si le bénéfice est à tous, la gloire de la découverte est à un seul, et la patrie a le droit de se montrer fière du surcroît d'autorité morale que lui confère le génie d'un de ses enfants. La France peut-elle se présenter dans un Congrès d'hygiène sans évoquer le nom de M. Pasteur ?

Oui, depuis des siècles, nous disions que les maladies épidémiques se propagent par le contact, par l'air, par des effluves, par des miasmes. Il appartenait à M. Pasteur de démontrer l'existence de ces germes, leur forme, leur vie, leur mode d'action, il lui appartenait de les atténuer et de s'en servir pour conférer l'immunité. Grâce à ses travaux, grâce à ceux de ses élèves directs et indirects, aux possibilités contingentes ont succédé les réalités démontrées. Nous connaissons quelques-uns de nos ennemis, leurs mœurs, leur mode de pénétration dans le corps ; jusqu'à ce jour, l'homme était le vaincu des infiniment petits. Grâce aux découvertes récentes, l'homme en sera le vainqueur. Quand, à l'aurore d'un siècle, on peut inscrire le nom de Jenner et, à son déclin, celui de Pasteur, l'humanité tout entière peut se réjouir ; il a été fait pour elle contre la misère, la maladie et la mort, plus que dans aucun des siècles qui l'ont précédé.....

Vous, Messieurs, vous avez été les initiateurs ; ce titre ne vous sera jamais contesté.

Hématozoaire du paludisme.

M. Laveran a rappelé ses travaux qui nous ont fait connaître les caractères du parasite de la malaria. Cet hématozoaire, dont l'auteur a signalé la présence dans le sang des paludiques depuis 1880, se présente sous les formes suivantes :

1. *Corps sphérique.* — Ces éléments dont le diamètre varie de 1 à 8 ou 10 μ sont libres dans le sérum, ou bien ils adhérent à des hématies, qui pâlissent à mesure que grandissent les parasites ; ils sont animés parfois de mouvements amiboïdes et ils renferment, sauf à leur premier degré de développement, des grains de pigment.

2. *Flagella.* — Sur les bords des corps sphériques arrivés à leur développement complet, on aperçoit quelquefois, dans le sang frais, des flagella en nombre variable animés de mouvements très vifs ; ces flagella finissent par se détacher des corps sphériques et devenus libres ils se perdent au milieu des hématies.

3. *Corps en croissant.* — Ces éléments sont cylindriques, plus ou moins effilés aux extrémités, d'ordinaire incurvés en croissant ; ils mesurent de 8 à 9 μ de long ; vers la partie moyenne on distingue une tache noirâtre formée par des grains de pigment. Ces éléments peuvent prendre la forme ovalaire ou la forme sphérique ; ils ne sont pas doués de mouvements.

4. *Corps en rosace.* — Eléments régulièrement segmentés, avec un petit amas de pigment au centre ; les segments prennent la forme sphérique au bout de quelque temps et l'élément se désagrège. Les corps en rosace paraissent correspondre, comme l'a dit Golgi, à un des modes de multiplication de l'hématozoaire. Enfin, on constate dans le sang des malades atteints de paludisme des leucocytes mélanifères. La mélanémie, si prononcée chez les sujets qui succombent à des accès pernicieux, avait attiré depuis longtemps l'attention des observateurs, mais on ne s'expliquait pas pourquoi il y avait formation de pigment. La constatation des parasites pigmentés a donné la solution de ce problème ; les leucocytes s'emparent des parasites et c'est ainsi qu'ils deviennent mélanifères.

FEUILLETON

Vélocipédie médicale.

(*Suite*).

Nous voilà donc fixés : nos préférences sont pour une bicyclette à cadre, toute à billes, avec caoutchoucs creux, et lanterne à bougie. Ce n'est pas fini. Il nous faut maintenant trancher la question de qualité et en même temps de solidité, celle-ci découlant de celle-là.

La maison que recommande le *Concours* fait deux sortes de cadres, qui correspondent aux hauteurs des roues, le tout en raison du poids du corps. Pour un poids du corps inférieur à 75 kilos et une taille moyenne, choisissez l'*extra à cadre* et *roues de* 0m70. Si vous pesez davantage, ou si vous êtes de grande taille, prenez l'*extra à cadre avec roues de* 0m75. Le prix est le même.

Il y a aussi la question des jantes ; la jante creuse est bien plus solide : c'est une augmentation de 25 fr.

On fait aussi des roues à rayons tangents ou à rayons droits : les modèles de première qualité ont les rayons tangents, qui soutiennent mieux la roue, la rendent rigide et résistante.

A combien vous reviendra la bicyclette que nous venons de choisir ? Le prix porté sur le catalogue est de 650 ; déduisez 15 %, reste 552.50. lanterne et accessoires en plus.

Si vous ne voulez pas faire la dépense des caoutchoucs creux avec jantes creuses, le prix ne sera que de 625 moins 15 % — 531.25.

Enfin, laissant là les creux pour vous borner aux pleins, le prix n'est plus que de 550 moins 15 % — 467.50.

Voilà les prix de la première qualité, après les pneumatiques — mais j'ai dit qu'il fallait encore attendre pour ceux-ci.

Il existe ensuite des modèles de prix inférieur.

Ainsi la direction à pivot, au lieu de la douille, diminue le prix de 25 fr., soit 525 au lieu de 550, tout le reste de la machine restant le même.

Au-dessous nous avons des modèles moins perfectionnés, mais gardant la même qualité d'acier, de coussinets. Une excellente machine, celle qui figure page 19 au catalogue illustré, représente le type de ce que l'on peut faire de mieux au meilleur marché. La direction est à douilles à billes, les pédales seules n'ont pas de billes; les rayons ne sont pas tangents ; le cadre est moins fin, un peu plus lourd. Elle revient à 475 fr., soit, avec la remise 403.75.

Au-dessous nous tombons dans les modèles à corps droit, 450, 375, 300 ; mais je maintiens

Les flagella ne peuvent être étudiés que dans le sang frais, mais les autres éléments se voient bien dans le sang conservé.

La dessiccation rapide et la fixation par la chaleur réussissent très bien pour l'étude du sang palustre, on colore à l'aide d'une solution concentrée de bleu de méthylène ou de violet de gentiane ; on peut obtenir une double coloration en faisant agir successivement, sur le sang desséché, une solution aqueuse concentrée d'éosine qui colore les hématies en rose, et la solution aqueuse concentrée de bleu de méthylène qui colore en bleu les leucocytes et les éléments parasitaires.

Golgi et Pietro Canalis admettent trois variétés d'hématozoaires du paludisme ; Grassi et Feletti en admettent deux. Mais les différentes formes sous lesquelles se présente le parasite du paludisme paraissent appartenir à un même sporozoaire polymorphe. Danilewsky a trouvé dans le sang des oiseaux, de certains lézards et de tortues de marais et Laveran a vu aussi chez le geai des parasites qui sont analogues à ceux du paludisme, mais qui sont cependant d'espèce différente.

De l'inspection du lait.

M. Ostertag (Berlin). — La plupart des pays se sont jusqu'ici très peu occupés de la question de l'inspection du lait ; on s'est contenté généralement d'empêcher la vente du lait adultéré ou du lait provenant d'animaux malades, et l'on ne s'est pas assuré de l'exécution des ordres donnés. On ne trouve une exception à cet ordre de choses que dans la loi italienne du 3 août 1890.

C'est cependant un devoir pour l'Etat de rechercher s'il n'y a que du lait pur sur les marchés. Le consommateur, en effet, n'est pas en position de se garer des dangers qui proviennent de la consommation du lait, car le lait peut contenir les produits les plus dangereux en dépit de sa couleur blanche et de son goût agréable. Un lait de cette sorte ne peut être banni du marché que si l'inspection faite sérieusement est contrôlée par le gouvernement. Il ne convient de tolérer sur le marché que du lait pur, c'est-à-dire un lait provenant d'animaux sains, recueilli avec les plus grands soins de propreté possibles et possédant les qualités physiques normales et un certain degré de force.

Voici les variétés de lait qui, pour des raisons sanitaires, devraient être exclues du marché :

1° Tout lait qui, sans être nécessairement préjudiciable à la santé, a une couleur, une densité, un goût particuliers.

2° Tout lait qui est préjudiciable à la santé ou qui est suspecté l'être.

Au premier groupe appartiennent les laits bleu, rouge, jaune et les laits dans lesquels on a introduit différentes substances ; le lait d'animaux nourris d'aliments empoisonnés ou traités par certains médicaments ; le lait des vaches tuberculeuses ou charbonneuses atteintes de cow-pox, de maladie aphteuse, de toute affection, en un mot, donnant naissance à de la suppuration ou aboutissant à l'ulcération.

Le lait peut encore être contaminé par un contact avec des personnes malades (typhus, choléra, etc.), ou bien s'il est placé dans les chambres où vivent ces malades.

Pour se préserver de ces dangers il faut réclamer : 1° le licenciement des vacheries insalubres ; 2° l'examen des vaches fait de temps en temps par un vétérinaire ; 3° l'obligation pour les propriétaires de fermes de ne donner aux animaux qu'une nourriture saine, de prévenir le vétérinaire dès qu'une vache sera malade et de s'engager à ne pas mettre en vente le lait de cette vache ; 4° la plus grande propreté dans la traite du lait et l'emploi d'individus sains pour cette traite ; 5° la conservation dans des pièces spéciales du lait tiré et non dans les chambres à cou-

---

que ce ne sont pas des machines de médecins. Pour avoir une solidité qui se rapproche des machines à cadre, on est obligé de prendre des tubes très gros, et la machine s'alourdit d'autant que le prix diminue. Or plus la machine est lourde, plus elle fatigue qui la monte. Ensuite, quand le prix diminue, des tiges pleines remplacent les creuses, la fonte se substitue à l'acier, et à la moindre paille dans le métal, voilà un instrument en morceaux.

C'est l'histoire des machines bon marché que vendent certaines maisons parisiennes à grand renfort de réclame tapageuse.

On ne peut leur appliquer la devise du roseau : « je plie et ne romps pas » ; elles cassent, et ne se réparent pas.

J'ai vu, dans une promenade réunissant deux Sociétés voisines, une chute de plusieurs machines, ce que nous appelons une salade, d'où notre camarade B. retira sa machine tordue au point que les deux roues étaient dirigées dans le sens de deux plans se réunissant sous un angle de 45°. Mais elle venait d'une bonne fabrique, il conduisit sa machine chez le charron du village voisin, et ayant fixé le cadre dans un étau, il redressa ses roues à la main, le temps d'en parler, se remit en selle et disparut aux yeux stupéfaits du charron qui n'en revenait pas de cette manière nouvelle de réparer les voitures. Il y a deux ans de cela, la machine roule toujours aussi bien que lorsqu'elle était neuve.

Il y a une raison qui doit militer en faveur d'une machine de première qualité. Quel est le médecin, même de la campagne la plus retirée, qui ne puisse mettre à cette dépense 5 à 600 fr. Est-ce qu'un cheval ne lui coûte pas autant à lui seul, sans compter la nourriture et la voiture ? Il y a l'objection qu'on se sert peu de la bicyclette en hiver ou par un très mauvais temps ; qu'il faut donc avoir quand même un cheval. Mais les médecins de ville, de chefs-lieux de canton ont la ressource du louage. Les autres résidences de médecins sont toujours des villages importants où des cultivateurs seront bien aises de tirer profit de la location d'un cheval que la mauvaise saison enferme à l'écurie.

Hygiène du vélocipédiste.

Cette causerie ne saurait se terminer sans dire un mot de la question médicale par excellence : l'hygiène du vélocipédiste.

Et d'abord, son vêtement.

Beaucoup de personnes s'imaginent que c'est par genre et par pose que le vélocipédiste a un costume. Le costume spécial nous vient des Anglais, gens extrêmement pratiques, que j'admire beaucoup, à ce point de vue seulement, de-

cher ; 6° le transport du lait dans des récipients propres ; 7° l'obligation de ne vendre que du lait bouilli pendant la période où règne la fièvre aphteuse ; 8° les précautions à prendre devront surtout être sérieuses pour le « lait des enfants ».

Sur l'infection hémorrhagique.

M. V. Babès (Bucharest). — 1. Comme dans la septicémie on peut distinguer aussi dans l'infection hémorrhagique, selon les espèces de microbes qui en sont la cause, 3 groupes : — (*a*) un groupe d'infections produites par des bacilles spécifiques hémorrhagiques ; (*b*) un groupe de septicémies gangreneuses dont la complication hémorrhagique est causée par l'action de divers bacilles saprogènes communs en apparence, associés ordinairement avec des microbes pathogénes, qui gagnent dans l'organisme la faculté de pénétrer dans l'économie et de causer, eux-mêmes, ou par leurs produits chimiques, des hémorrhagies ; (*c*) les microbes de l'infection des plaies et particuliérement certains streptocoques virulents produisent, en même temps qu'une sorte de septicémie, des hémorrhagies multiples.

2. Certains microbes spécifiques de l'infection hémorrhagique ressemblent aux microbes de la septicémie hémorrhagique des animaux ; de tels microbes ont produit une infection hémorrhagique liée, comme dans certaines septicémies hémorrhagiques des animaux, à des pneumonies ou à des néphrites.

3. Quoique les auteurs décrivent des cas purs d'infection hémorrhagique (maladie de Werlhof) une analyse soigneuse des cas et surtout des cadavres a laissé reconnaître une porte d'entrée de l'infection sous forme de pharyngite, amygdalite, bronchite, ou d'une plaie de la peau ou du système uro-génital, enfin d'une maladie infectieuse précédente.

4. Dans les cas d'infection hémorrhagique regardés comme purs et dus à un bacille spécifique (Kolb), il manque la description de l'état des amygdales, dont l'inflammation gangréneuse doit être regardée comme une des causes fréquentes de l'infection hémorrhagique.

5. On ne peut pas admettre, comme le veulent certains auteurs, une étiologie unique ni pour les différentes infections hémorrhagiques, ni pour certaines formes cliniques de cette infection ; cependant, il faut admettre qu'il y a des groupes limités de cas, reconnaissant comme cause les mêmes microbes.

6. On peut assimiler les différents cas d'infection hémorrhagique par leur étiologie variable et probablement aussi par leur nature secondaire aux septicémies en général, et c'est surtout une inflammation avec caractère putride des amygdales et des bronches qui donne les infections hémorrhagiques qu'on avait regardées comme primitives. Il est certain qu'un état gangreneux des gencives sera souvent la cause et la porte d'entrée de certaines formes d'infection, déterminant une infection hémorrhagique avec des phénomènes plus ou moins caractéristiques, mais qui passent sans limites nettes dans les autres formes d'infection hémorrhagique.

Cependant la plus grande partie des infections hémorrhagiques sont en liaison intime et évidente avec des infections par des muqueuses ou par la peau gangreneuse, aussi celles-ci peuvent se présenter sous des formes qu'on avait séparées sous le nom de scorbut ou de maladie de Werlhof.

7. Les microbes produisant l'infection hémorrhagique agissent donc plus rarement d'une manière obligatoire, mais ordinairement comme des parasites hémorrhagiques facultatifs. Même les cultures de certains de ces microbes filtrées, des albumoses ou des enzymes tirées de ces cultures, produisent des hémorrhagies.

---

puis que j'ai vu chez une Anglaise le premier plat-bassin à pelle.

On comprend, au premier examen, qu'en raison du mouvement précipité qu'il se donne, le vélocipédiste ne peut porter des vêtements chauds, sans être couvert de sueur. Il doit donc être plus légèrement vêtu que pour la marche ordinaire à pied. Mais il s'arrêtera à certains moments, quelquefois pendant un temps prolongé ; il sera donc exposé à se refroidir s'il a des vêtements légers. Problème d'apparence difficile, que l'invention du tissu dit jersey a résolu. Le veloceman peut se permettre la plus grande fantaisie en pantalons, culottes, vestons et même coiffures. Il est un vêtement dont il ne peut se passer : le maillot de jersey collant descendant du cou jusqu'au bas du ventre, appliqué directement sur la peau.

Il ne faut pas craindre de le prendre un peu épais en grosse laine, surtout si l'on sue facilement. La sueur s'infiltre dans les mailles du tissu, arrive à la surface extérieure où elle est immédiatement vaporisée. D'autre part, les mailles étant plus lâches, plus aérées, la vapeur d'eau contenue dans la perspiration cutanée se condense moins ; il y a moins de sueur produite. Enfin, en raison de l'épaisseur du tissu, mauvais conducteur de la chaleur, le refroidissement produit par la vaporisation sur la surface extérieure n'est point transmis à la peau. C'est pourquoi j'indique qu'il ne faut point que le maillot soit trop fin ; il se mouillerait davantage, ses mailles étant plus serrées ; la vaporisation en ferait un glaçon collé au corps.

Je réprouve l'usage du gilet de flanelle sous le jersey ; la flanelle, de tissu serré, moins perméable, ne tarde pas à être entièrement trempée, et elle ne peut se sécher instantanément comme le jersey.

Je condamne absolument la chemise de flanelle comme pouvant remplacer le jersey, me séparant ici de notre confrère, M. le professeur Tissier, de Bordeaux, qui a fait un livre très remarquable sur l'*Hygiène du Vélocipédiste*. La chemise de flanelle se mouille très vite de sueur ; le vent la fait flotter, en même temps qu'il refroidit les parties mouillées, puis il vous les colle sur la peau de temps en temps. Cela vous produit une sensation extrêmement désagréable, et ce n'est nullement inoffensif. M. le Dr Tissier prône surtout la chemise de flanelle parce que ses pans enveloppent les parties génitales et les protégent contre le refroidissement. Mais ce refroidissement n'a jamais lieu que dans une marche à vive allure ; il est insignifiant au train de 16 à l'heure, si la température extérieure n'est pas basse ; enfin, les faits de douleur testiculaire relevés par le savant hygiéniste sont tout à fait exceptionnels. En sorte que l'avantage de la chemise de flanelle est

L'alcoolisme et le monopole de l'alcool.

Sir DYCE DUCKWORTH trouve qu'il serait déraisonnable dans l'état actuel de la civilisation d'interdire complètement l'alcool aux adultes ; mais il faut des peines sévères pour ceux qui vendent de l'alcool aux enfants ; il serait désirable d'enlever l'exercice des droits civils aux ivrognes invétérés et qu'on cessât d'accorder des circonstances atténuantes pour les crimes commis sous l'influence de l'ivresse.

M. NORMANNKEN estime qu'il y a en Angleterre 40,000 décès prématurés annuellement causés par l'ivrognerie et au moins deux fois plus de décès qui reconnaissent l'alcoolisme pour cause indirecte.

M. WESTERGAARD (de Copenhague), après avoir étudié comparativement les statistiques du Danemark, de la Norvège et des principaux pays d'Europe, passe en revue les divers moyens qu'on a proposés pour enrayer l'alcoolisme : Sociétés de tempérance, asiles privés ou publics pour les ivrognes, efforts tentés pour arriver à purifier les alcools, mesures législatives ou pénales peuvent être diversement utiles. Mais trois mesures importantes sont seules à discuter : l'élévation du prix des licences pour les débitants de boissons alcooliques, le monopole de l'alcool. C'est au premier qu'il donne la préférence.

M. ALGLAVE est le défenseur du monopole de l'alcool. Le principal danger, suivant lui, est moins la quantité excessive d'alcool consommé que son impureté. Tandis que l'alcool pur ou éthylique, qui bout à une température deux fois plus basse que l'alcool amylique, peut s'éliminer en grande partie chaque jour au fur et à mesure qu'il est ingéré, l'alcool amylique ne le peut pas ; les doses journalières qu'on ingère s'accumulent et produisent rapidement l'imprégnation. Le monopole des alcools dans les mains de l'Etat assurera leur parfaite purification. — La Suisse l'a établi avec succès à la suite de deux votes populaires.

La question des quarantaines.

Cette grosse et difficile question a été discutée dans la section de médecine préventive ; mais les débats n'ont pas abouti à l'éclaircir. On sait que les Anglais sont systématiquement opposés aux quarantaines quand elles peuvent entraver leur commerce. Leurs orateurs ont défendu cette opinion qu'un pays assaini n'a rien à redouter du choléra et que la suppression des quarantaines serait le meilleur stimulant pour les Etats ou les villes qui hésitent encore à prendre les mesures hygiéniques générales nécessaires.

M. BROUARDEL, malicieusement, fait remarquer que les Anglais, qui repoussent les quarantaines en général et lorsqu'elles les gênent, les appliquent avec une rigueur plus grande que n'importe quel autre peuple dans leurs ports de la Méditerranée. Ce qui a provoqué cette réponse singulière de sir J. FAYRER, que la législation anglaise n'est pas responsable de ce qui se passe à Malte ou à Gibraltar.

M. BROUARDEL a insisté sur deux points : la quarantaine, telle que la préconisent les Français et la plupart des savants non anglais, n'est qu'un isolement temporaire, d'une durée d'autant plus courte que les mesures de désinfection sont mieux faites pendant la traversée et à l'arrivée ; — il appartient aux Anglais, qui sont maîtres de l'Inde, d'attaquer le choléra à son origine.

Le traitement de Pasteur et la prophylaxie de la rage.

M. ROUX a obtenu un succès très grand en refaisant l'historique de la méthode de Pasteur et montrant par la statistique de près de 10,000 cas

---

peu de chose au point de vue de ses inconvénients.

Son véritable avantage est tout esthétique ; c'est plus habillé. Mais on a la ressource du veston avec col d'officier, auquel se fixe un faux-col de celluloïd, qui ne se mouille pas, ne se salit pas vite, et vous donne l'air de porter du linge très blanc, nouvelle supériorité sur la chemise de flanelle, si ornementée que vous la choisissiez.

S'il fait trop chaud, vous roulez votre veston sur le guidon au moyen de courroies spéciales ou de porte-bagages d'un prix généralement peu élevé. Il est remarquable combien le maillot vous préserve des transitions brusques et souvent avec grands écarts de la température. Vous recevez sans peine un soleil d'aplomb à une montée, et un instant après vous descendez à grande vitesse sans autre sensation que celle d'une fraîcheur vive, mais non pénible.

Il faut se rappeler la loi de la transformation de la chaleur en mouvement, et réciproquement, pour s'expliquer comment, aussitôt arrivé à destination et descendu de machine, on éprouve une vive chaleur dans tout le corps et souvent une sueur abondante. Ce phénomène tient à l'arrêt brusque du mouvement. Il faut donc ralentir progressivement un bon kilomètre avant l'arrivée ce qui vous permet de ne pas montrer à votre client une figure rouge, ruisselante, et l'apparence d'un homme moulu, éreinté.

Les vélocipédistes portent habituellement des bas longs, des souliers décolletés, des culottes courtes, bouffantes ou collantes. C'est léger et commode, mais on marche aussi bien avec un pantalon et des chaussures ordinaires. L'important est de serrer le bas du pantalon par des agrafes spéciales pour qu'il ne se tache pas de cambouis.

La couleur des étoffes n'est pas indifférente ; il n'est que trop fréquent avec le vélocipède d'attraper des taches de cambouis ou d'huile. Donc, étoffes de couleur foncé.

Les vélocipédistes s'affublent de casquettes jockey. C'est très laid, mais on n'a pas idée de la protection que vous donne la grande visière. Elle garantit la vue contre l'excès de lumière, contre les essaims de petites mouches qui, en raison de la rapidité de la marche, vous pénètrent dans les yeux et la bouche à la poignée. Il faut faire grande attention de fermer la bouche quand on rencontre ces mouches : la première fois que j'ai fait leur connaissance, j'en ai respiré quelques douzaines, j'ai dû m'asseoir sur un tas de pierres avec des quintes de toux suffocantes poussées jusqu'aux soulèvements de l'estomac.

Dr GUILLAUME, (de Chaumont.)

(*A suivre.*)

traités jusqu'à ce jour l'éclatant succès qui n'est plus contesté aujourd'hui.

M. FLEMING (de Londres) a insisté sur les mesures de police sanitaire destinées à anéantir la rage : destruction des chiens rabiques ou suspects, des chiens vagabonds ; — le port d'une muselière tant que règne la maladie et après la suppression pendant une période équivalant à la durée maxima de la période d'incubation ; — l'établissement d'une taxe sur tous les chiens.

La seule adoption de la muselière fait que Berlin n'a pas eu un seul cas de rage depuis 1883.

A Venise, il n'y en a pas eu un cas pendant 18 mois où elle a été obligatoire ; elle a reparu quand a été supprimé le port de la muselière qu'on a dû rétablir. Il en a été de même en Angleterre pendant la durée de l'adoption de cette mesure. En Hollande, depuis 1875 où elle est en vigueur, la rage a disparu, sauf sur la frontière de la Belgique où les chiens ne sont pas muselés.

Le mode de propagation et la prophylaxie de la diphthérie.

M. J. BERGERON a tracé le tableau des ravages de la diphthérie en France où elle fait par an plus de 5,000 victimes. Il admet la propagation presque exclusivement par contagion directe, et, en dehors de l'isolement, préconise surtout la désinfection énergique de tout ce qui a pu être touché et souillé par le malade.

M. SEATON (de Londres) croit que les mesures prises pour diminuer les épidémies, mesures si efficaces pour certaines maladies, n'ont, jusqu'à présent, donné aucun résultat pour la diphthérie; il réclame donc une enquête nouvelle dans les pays où l'affection s'observe.

M. SCHREVENS (de Tournai) croit que les germes de la diphthérie (bacilles de Lœffler) se développent surtout dans les souillures de la surface du sol. C'est ce qui explique les endémies de certaines campagnes, alors que d'autres villages, bien propres, bien irrigués, n'ont jamais d'épidémie diphthéritique. L'orateur pense qu'il faut rendre obligatoire la déclaration des maladies diphthéritiques, qu'il faut imposer l'isolement des malades et la désinfection des locaux.

M. GIBERT (du Havre) rappelle que la diphthérie a fait son apparition dans cette ville vers 1860 par le quartier de Graville. En 1864 une épidémie sévissait sur la côte d'Ingouville. Depuis lors les décès ont été chaque année plus nombreux, jusqu'en 1885. A cette date fut créée une *brigade de salubrité* comme annexe du bureau d'hygiène, (nos lecteurs n'ignorent pas que c'est à l'initiative de notre très distingué confrère qu'est due cette utile création). Dès lors tous les logements des diphthériques furent régulièrement désinfectés ; et l'on vit s'abaisser d'année en année la courbe de la mortalité par diphthérie. Si tous les médecins de la ville renseignaient rapidement et exactement le bureau d'hygiène, on pourrait espérer l'extinction de la diphthérie au Havre par la seule désinfection.

Traitement de l'endométrite par le crayon de sulfate de cuivre.

M. *Dumontpallier* a exposé dans une des précédentes séances de l'Académie de médecine les modifications qu'il a faites à sa méthode. On introduit et on laisse à demeure dans la matrice un crayon composé d'une partie de sulfate de cuivre pour une partie de farine de seigle. La longueur du crayon à introduire dans la matrice est égale à la longueur du canal cervico-utérin. Un crayon de 7 centimètres 1/2 pèse 1 gramme, il renferme donc 0,50 centigrammes de sulfate de cuivre. Cette dose de médicament actif est suffisante pour déterminer une cautérisation superficielle de la muqueuse et, par son maintien dans la cavité utérine pendant plusieurs heures, le sulfate de cuivre pénètre dans les culs-de-sac glandulaires dont il détruit les éléments septiques. En effet, aussitôt que le crayon est introduit, il est ramolli par les liquides intra-utérins ; l'utérus, en se contractant sur le corps étranger, étale la substance ramollie sur toute la surface intra-utérine et fait pénétrer une partie du sulfate de cuivre dans les culs-de-sac glandulaires. Le crayon maintenu dans la matrice a donc une double action, il est cathérétique dans la muqueuse et modificateur des glandes utérines.

Avec le sulfate de cuivre, la douleur, lorsqu'elle existe, est négligeable ; rarement, trois à quatre fois sur cent, l'application du crayon de sulfate de cuivre peut déterminer de la périmétrite passagère, sans gravité ; dans aucun cas je n'ai observé d'atrésie ni de sténose du canal cervico-utérin. Grand nombre de malades revues à l'hôpital ou à leur domicile n'avaient point eu de rechute après plusieurs mois et chez toutes les règles étaient normales.

L'emploi d'un seul crayon a été suffisant pour obtenir une guérison durable chez soixante sur cent et dans ces cas la moyenne de durée du traitement a été de dix jours. M. Dumontpallier se juge autorisé à conclure que le traitement de l'endométrite chronique par le sulfate de cuivre offre de grands avantages qui peuvent être ainsi résumés : facilité d'application, absence de toute complication grave immédiate ou éloignée, courte durée du traitement et persistance de la guérison.

Sa conclusion pratique est donc : commencer le traitement de l'endométrite chronique avec le sulfate de cuivre, qui n'offre aucun inconvénient, et réserver le chlorure de zinc pour les cas rebelles.

De la grossesse extra-utérine.

Dans la dernière séance de *l'Académie de médecine*, M. le professeur PINARD a fait un remarquable exposé des cas de grossesse extra-utérine qu'il lui a été donné de diagnostiquer et de guérir. Voici les conclusions qui terminent et résument son travail :

Au point de vue de l'étiologie, si dans quelques cas une maladie antérieure de l'appareil génital a été observée, rien de semblable n'a été trouvé dans les autres. Les premiers accidents et les troubles fonctionnels ont débuté dans toutes les observations dès la fin du premier mois ; ces accidents ont été constitués par des phénomènes péritonitiques et des troubles fonctionnels du côté de l'intestin et de la vessie ; l'expulsion d'une caduque a manqué dans la plupart des cas. Les rapports de l'utérus avec le kyste fœtal sont absolument variables, et s'il est le plus souvent repoussé en avant, on peut le rencontrer en arrière, sur les côtés, et même il peut, comme le prouve une de mes observations, ne pas être déplacé et rester au centre de l'excavation. Les fœtus meuren souvent avant leur complet développement, puis qu'une seule fois le fœtus fut trouvé avec un poid

normal ; le kyste fœtal, le plus souvent immobilisé par des adhérences dans la cavité abdominale, peut être mobile commedans ma deuxième observation ; il peut même, fait sur lequel j'insiste,car je ne l'ai vu noter nulle part, présenter des contractions aussi fréquentes et aussi énergiques que l'utérus ; le kyste fœtal peut être entouré par des anses intestinales passant en avant et tellement adhérentes qu'on ne puisse les rompre ; le kyste fœtal présente toujours deux loges, l'une fœtale, l'autre placentaire et pouvant se rompre séparément; quelquefois la loge fœtale peut être dilatée, présenter des étranglements et rendre l'extraction du fœtus difficile ou impossible. Le kyste fœtal, par ses rapports avec le bassin, la vessie et l'utérus, est plus facilement accessible par la voie vaginale que par la voie abdominale. Ce sont des dispositions qui doivent imposer soit l'élytrotomie, soit la laparotomie.

Mes observations montrent les dangers que peut offrir la méthode qui consiste à vouloir toujours enlever le kyste et, au contraire,les avantages de l'extériorisation simple du kyste. Elles montrent aussi que (dès que la membrane granuleuse apparaît à la face interne du kyste) on peut et on doit pratiquer la délivrance artificielle ;

Enfin elles montrent, je pense, les grands bénéfices qu'on peut retirer d'une intervention judicieuse dans les cas de grossesse extra-utérine, puisque, si je rapproche les sept observations dont je viens de lire le résumé des trois observations que j'ai déjà publiées, je compte sur 10 femmes opérées 9 femmes guéries ; la seule femme ayant succombé ayant été opérée *in extremis*.

Une nouvelle méthode de traitement de la conjonctivite granuleuse.

M. *Abadie* rappelle que l'ancien traitement de la conjonctivite granuleuse consistait à retourner les paupières avec les doigts et à cautériser la portion de conjonctive ainsi mise à nu avec des caustiques, de préférence le sulfate de cuivre.

Ces cautérisations journalières, pénibles et douloureuses, ne procuraient la guérison qu'au bout d'un temps fort long et quelquefois, malgré tout, après de cruelles souffrances, la cécité survenait.

Le traitement actuel qu'il préconise consiste d'abord dans le renversement complet des paupières, surtout la supérieure, avec mise à nu du cul-de-sac conjonctival supérieur, chose qu'on ne faisait jamais auparavant.

C'est, en effet, dans la partie du cul-de-sac supérieur inaccessible par le simple renversement ordinaire que se trouve le véritable foyer infectieux, qu'il faut attaquer vigoureusement et qui était toujours épargné jadis.

Le renversement doit donc être complet, et, pour cela, il faut des instruments spéciaux et le chloroforme, en raison de la douleur violente que provoque cette manœuvre.

Une fois la paupière saisie avec des pinces analogues aux pinces à forcipressure de M. Péan, puis renversée deux fois sur elle-même, ou, pour mieux dire, complètement enroulée autour de la pince, jusqu'à ce que le cul-de-sac supérieur conjonctival apparaisse, complètement à nu, avec un petit bistouri bien tranchant, on fait de larges scarifications dans la muqueuse. A travers ces boutonnières, on voit saillir le tissu sous-muqueux.

On prend alors une brosse à dents assez dure ; on la trempe dans une solution de sublimé à 1 p. 500 et on brosse assez vigoureusement la surface cruentée, tantôt dans un sens, tantôt dans un autre. Les jours suivants, on retourne simplement les paupières et on touche la surface conjonctivale avec une solution de sublimé à 1 p. 500. Ce traitement s'applique indistinctement à tous les cas, quelle que soit la complication existante, et son efficacité est, pour ainsi dire, d'autant plus grande que la complication est plus sérieuse.

A qui revient le mérite d'une conquête thérapeutique aussi importante ? Elle n'est pas l'œuvre d'un seul : Guaita a recommandé le sublimé à doses fortes ; Sattler a surtout insisté sur l'efficacité des scarifications combinées au curetage du tissu granuleux ; l'idée du brossage revient à Manolescu.

Mais, en somme, la valeur du procédé consiste dans l'application simultanée de ces divers moyens qui, employés isolément, sont insuffisants. C'est ce que MM. A. Darier et Abadie se sont efforcés de mettre en lumière et de vulgariser. Les résultats qu'ils obtiennent ainsi depuis un an sont des plus satisfaisants.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections hypodermiques d'aristol.

Communication à l'Académie de médecine (séance du 7 août 1891).

I

J'ai été amené à employer l'aristol en injections hypodermiques, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, à la suite de circonstances que je ne crois pas inutile de faire connaître au début de ce travail.

Frappé des résultats, le plus souvent négatifs, que l'on obtient avec l'iodoforme, dans le traitement de certaines plaies de nature tuberculeuse ou scrofuleuse, je me demandais depuis longtemps si la réputation de ce corps, au point de vue de ses propriétés antiseptiques, n'était point considérablement surfaite et même si la vogue dont il jouit, depuis de longues années, n'est pas due uniquement à l'odeur si pénétrante qui lui est propre.

Les travaux de deux Allemands, MM. Heyn et Rovsing, publiés en 1888, confirmèrent absolument mes observations personnelles, en démontrant que la plupart des cultures de microbes et, en particulier, des microbes de la suppuration ne sont nullement influencées par l'iodoforme et se montrent aussi fertiles que celles qui n'ont point reçu d'iodoforme.

Un peu plus tard, M. le Dr Dubreuilh, de Bordeaux, dans un excellent article, inséré au *Bulletin médical*, établit nettement que, si l'iodoforme peut rendre quelques services, ce n'est que dans les plaies superficielles, fraîches et aseptiques, en formant une sorte de vernis protecteur. Dans les plaies profondes, au contraire, les sécrétions s'accumulent sous la croûte formée par l'iodoforme, l'agent infectieux se développe et le médicament est sans action aucune sur lui.

D'après le même auteur, le bacille de la tuberculose n'est pas plus influencé par l'iodoforme que les microbes de la suppuration ; seul, le spirille du choléra se montrerait sensible à l'action de l'iodoforme.

C'est sous l'influence de ces idées que je cherchai à substituer à l'iodoforme, dans le pansement des plaies tuberculeuses ou scrofuleuses, un agent plus efficace et plus énergique. J'essayai successivement l'iodol et l'aristol et mon choix s'arrêta définitivement sur le second de ces corps, qui, en certains cas, me donna des résultats absolument favorables.

C'est sur un enfant de quatorze ans, manifestement tuberculeux, que j'employai l'aristol pour la première fois. Cet enfant portait, au niveau de la malléole interne de la jambe gauche, une plaie très étendue et tendant à s'agrandir de jour en jour, de mauvais aspect et ayant résisté aux différents pansements antiseptiques (acide phénique, sublimé, iodoforme) et même aux cautérisations au fer rouge. Dès les premiers pansements que je fis avec l'aristol en poudre, la plaie se nettoya, bourgeonna franchement et la cicatrisation fut obtenue en moins d'un mois.

Mon deuxième essai porta sur une femme de trente-cinq ans, de tempérament scrofuleux, qui présentait, au moment où elle vint à ma consultation, une plaie ulcéreuse de l'aile gauche du nez, tellement profonde qu'elle avait amené une perforation complète des parties molles, sur une étendue de 2 centimètres environ de diamètre. Etais-je en présence d'un cas de *Lupus exedens* ? Je n'oserais l'affirmer positivement, n'ayant point vu la maladie à son début ; mais, ce que je puis dire, c'est que, sous l'influence des pansements à l'aristol, l'aspect de la plaie se modifia en quelques jours, qu'un bourgeonnement très actif combla rapidement la perte de substance et qu'au bout de deux semaines la perforation n'existait plus, que la guérison était complète.

A partir de ce moment, je remplaçai d'une manière absolue, dans ma pratique chirurgicale, l'iodoforme par l'aristol et les résultats, pour n'avoir pas été, dans tous les cas, aussi éclatants que dans ceux que je viens de rapporter, n'en constituent pas moins un ensemble incontestablement meilleur que ceux que j'obtenais avec l'iodoforme.

Dès le début de mes essais, désireux de m'éclairer sur les propriétés plus ou moins toxiques de l'aristol, administré à l'intérieur, je commençai, sur des animaux, une série d'expériences qui dura un mois.

Sur des lapins, je pratiquai des injections intramusculaires d'aristol, en commençant par 1 centigramme pour arriver à 5 centigrammes ; je ne constatai jamais aucun phénomène d'empoisonnement, aucun trouble digestif ou circulatoire. L'accroissement de poids fut, au contraire, la règle générale.

A des chiens, j'arrivai à faire prendre, par la voie stomacale, jusqu'à 1 gramme du médicament sans le moindre inconvénient. Je suis persuadé que j'aurais pu aller, sans danger, bien au delà de cette dose.

Assuré dès lors de n'exposer mes malades à aucun péril, je n'hésitai pas à pratiquer des injections hypodermiques d'une solution que je formulai comme suit :

Huile d'amande douce stérilisée	100 centim. cubes.
Aristol.........	1 gramme.

Je me suis toujours tenu depuis à cette formule, bien que la solubilité de l'aristol dans les huiles permette d'augmenter cette proportion.

C'est sur un enfant de sept ans que je commençai ma série d'injections. Cet enfant qui, à la suite d'une coxalgie, a présenté de nombreux abcès, a conservé un trajet fistuleux suppurant abondamment depuis plusieurs années.

Je pratiquai des injections de ma solution d'aristol, à la dose de 1 centimètre cube par jour, dans le voisinage du trajet fistuleux ; dès la septième injection on pouvait constater une diminution notable de la suppuration ; à la quinzième injection la suppuration était à peu près tarie et, lorsque je cessai le traitement, au bout de vingt-cinq jours, le trajet fistuleux semblait définitivement oblitéré.

J'arrive maintenant à l'application des injections hypodermiques d'aristol, au traitement de la tuberculose pulmonaire, application qui ne fut que la conséquence toute naturelle des essais que je viens de faire connaître.

Voici l'observation du premier cas que je soignai par ce procédé :

N..., vingt-neuf ans, tonnelier, d'un tempérament lymphatique, ayant de nombreux antécédents tuberculeux dans sa famille, tousse depuis 1884, à la suite, dit-il, d'une bronchite contractée en Afrique. Son état s'est aggravé progressivement, et, depuis quelques mois, il est arrivé à un degré de faiblesse qui ne lui permet plus de se livrer aux travaux de sa profession. Il n'a cependant pas maigri d'une façon considérable, l'appétit s'étant maintenu jusqu'alors ; l'aspect général n'est pas trop mauvais.

La toux, très fréquente pendant le jour, est presque continuelle pendant la nuit, l'expectoration extrêmement abondante ; les sueurs nocturnes se produisent avec une intensité peu ordinaire ; c'est même là le symptôme qui préoccupe le plus le malade et qui le décide à se soumettre à mon traitement.

Chaque soir, la température de mon malade dépasse 38°, alors qu'au matin et pendant la journée elle est presque inférieure à 37°.

L'examen microscopique des crachats révèle la présence des bacilles.

Au point de vue des signes stéthoscopiques : diminution notable du bruit respiratoire dans le tiers supérieur des deux poumons, craquements secs dans les fosses sus-épineuses des deux côtés, râles de bronchite disséminée dans toute la poitrine ; matité sous les deux clavicules.

Je commence le traitement par une injection quotidienne de 1 centimètre cube de ma solution. Au bout de trois jours, je pratique une injection matin et soir.

Dès le sixième jour, la toux, l'expectoration, les sueurs nocturnes diminuent ; vers le dixième jour, les sueurs cessent complètement et ne reparaissent plus depuis cette époque.

Le quinzième jour, la toux a cessé et l'expectoration se borne à deux ou trois crachats expulsés chaque matin.

Le malade, qui a vu ses forces revenir très rapidement, se considère comme guéri et reprend son travail à mon insu.

Je continue les injections jusqu'au vingt-sixième jour, époque où je cesse tout traitement.

Depuis ce moment, c'est-à-dire depuis plus de quatre mois, N... jouit, en apparence du moins, d'une santé parfaite et se livre sans fatigue à tous les travaux de sa profession.

Le traitement, comme on le voit, a consisté *uniquement* en injections d'aristol, et je n'ai pas dépassé la dose quotidienne de 2 centimètres cubes de ma solution.

Je dois dire, pour être exact, que, lorsque je cessai le traitement, je constatai encore quelques craquements secs très largement espacés ; à part ce signe

la respiration était normale et le murmure vésiculaire se percevait également des deux côtés.

S'il n'y a point, dans le cas que je viens de rapporter, guérison dans le sens absolu du mot, puisque quelques craquements persistent, on ne saurait nier que, sous l'influence de l'aristol, il n'y ait eu un arrêt brusque dans la marche de la maladie.

Le bacille a perdu, à coup sûr, de sa virulence et aujourd'hui il constitue plutôt une menace perpétuelle qu'un danger immédiat pour la vie du malade.

C'est, du reste, le cas de tous les phtisiques, prétendus guéris, ainsi que l'a parfaitement établi le docteur Wolf, au Congrès de médecine interne de Wiesbaden, en 1890, par le fait suivant ; une malade, chez laquelle la guérison de lésions pulmonaires tuberculeuses avait été dûment constatée, succomba quatorze ans plus tard, à la suite de l'extirpation d'une tumeur utérine ; à l'autopsie, on découvrit une petite cicatrice dans le poumon droit et dans cette cicatrice — c'est là le point intéressant — on trouva des bacilles de Koch se colorant parfaitement et, par conséquent, susceptibles de se reproduire.

La présence du bacille n'est point incompatible, on le voit, avec la continuation de la vie, ni même avec une apparence de santé : dans l'état actuel de la science, nous devons, je crois, borner notre ambition à ces guérisons relatives.

Je vais rapporter une deuxième observation qui démontre d'une façon encore plus évidente l'action de l'aristol sur les manifestations de la tuberculose pulmonaire.

Femme P..., quarante ans, journalière, mère de six enfants, pas d'antécédents héréditaires ; a commencé à tousser dans les premiers jours de novembre dernier ; a eu une première hémoptysie vers la fin de décembre ; au mois de février, nouvelles hémoptysies, tellement abondantes qu'elles font craindre une terminaison fatale, à bref délai.

C'est à ce moment que je suis appelé à la voir ; je constate un amaigrissement considérable, une toux très fréquente, s'accompagnant d'une expectoration muco-purulente, sueurs abondantes chaque nuit ; appétit absolument nul ; vomissements fréquents après les quintes de toux ; tendance à la diarrhée.

L'auscultation me révèle l'existence de craquements humides des deux côtés, mais plus nombreux à gauche, respiration soufflante et expiration très prolongée, surtout au niveau de la fosse sous-épineuse gauche ; sub-matité sous les deux clavicules, plus accentuée à gauche.

Malgré un état général extrêmement mauvais, je commence le traitement par une injection quotidienne de ma solution, à la dose de 1 centimètre cube ; je porte la dose à 2 centimètres cubes le troisième jour et à 3 centimètres le cinquième jour : il y avait nécessité d'agir promptement.

Dès le sixième jour, diminution de la toux et de l'expectoration ; suppression des sueurs nocturnes ; l'appétit se réveille.

Au douzième jour, la toux et l'expectoration ont à peu près cessé ; l'appétit est excellent : il n'y a eu ni diarrhée, ni vomissements, depuis le début du traitement.

A partir de ce moment, l'amélioration s'accentue tellement que ma malade, qui sent ses forces revenir de jour en jour, ne se soumet plus qu'avec peine aux injections quotidiennes ; elle se prétend guérie et demande à reprendre son travail ; c'est avec difficultés que je parviens à la décider à continuer le traitement jusqu'au vingt-cinquième jour.

L'auscultation, à ce moment, me révèle seulement quelques craquements dans la fosse sous-épineuse gauche ; je ne perçois, ni souffle, ni aucun bruit morbide.

Quinze jours après la cessation du traitement, la malade recommence à tousser, l'appétit disparaît et une nouvelle hémoptysie se déclare.

Cette hémoptysie, peu abondante, du reste, est enrayée facilement, et la malade me demande à reprendre le traitement.

Cette fois encore, l'amélioration est aussi rapide que précédemment, et, dès le septième ou huitième jour, la toux a cessé, l'appétit est revenu, et l'état général, qui avait périclité un moment, reprend un caractère satisfaisant.

Je continue le traitement pendant vingt jours et suis obligé de l'interrompre après ce laps de temps, ma malade ayant besoin de reprendre ses occupations.

Le traitement de la femme P... a consisté *uniquement* en injections d'aristol, et je n'ai jamais dépassé la dose quotidienne de 3 centimètres cubes de ma solution.

Je dois dire que la femme P... se trouve dans les conditions les plus défavorables, tant au point de vue de l'hygiène de l'habitation qu'à celui du bien-être et des soins que son état nécessiterait.

Cette observation démontre nettement l'influence favorable de l'aristol, puisque par deux fois j'ai pu chez la même malade, enrayer, en peu de jours, des manifestations graves.

Elle prouve encore que si, après une première série d'injections, la virulence bacillaire n'a pas été suffisamment amoindrie, elle a été du moins atteinte, puisque la deuxième poussee a été beaucoup moins accentuée et qu'il a été facile d'y porter remède.

Je craindrais de rendre ce travail long et fastidieux en rapportant de nouvelles observations.

Je me bornerai à dire que sur vingt-trois malades, soignés jusqu'à ce jour par les injections d'aristol, *sans aucune autre médication*, j'ai obtenu les résultats suivants :

Dans sept cas j'ai obtenu une amélioration telle qu'on pourrait croire à une guérison complète. Cette amélioration se maintient depuis trois et quatre mois. La durée du traitement a varié entre vingtcinq et trente jours.

Dans cinq cas, après une amélioration rapide, j'ai vu, dans le mois qui suivait la cessation du traitement, reparaître quelques accidents qui ont nécessité une seconde série d'injections. Généralement la rechute a été peu grave et tous les malades de cette catégorie ont repris, depuis deux mois au moins, leurs occupations habituelles. Jusqu'à ce jour je n'ai jamais été obligé de recourir à une troisième série d'injections sur le même malade.

J'ai trouvé trois malades absolument réfractaires à l'action du médicament : ces malades, qui présentaient tous de vastes cavernes, n'ont été aucunement influencés par l'aristol, pas plus dans l'état général que dans les manifestations pulmonaires. J'ai dû, après une série de vingt-cinq injections et en présence du résultat négatif, modifier mon traitement dans le sens que j'indiquerai plus loin.

Deux de mes malades sont morts pendant le cours du traitement : l'un de diphtérite, l'autre de péritonite tuberculeuse.

Enfin, six sont encore en traitement et présentent pour la plupart une amélioration sensible.

L'aristol agit très rapidement — c'est là un des caractères sur lequel je tiens à attirer l'attention — sur les manifestations pulmonaires, mais son action est aussi marquée sur l'état général qu'il relève en améliorant la nutrition. Il est donc de règle, à peu près constante, d'enregistrer une augmenta-

tion du poids des malades soumis à ce traitement. Ne devons-nous pas reconnaître dans ce fait l'influence de l'iode qui, comme on le sait, à petites doses, favorise l'assimilation et les échanges nutritifs ?

Il est nécessaire toutefois que le médicament soit appliqué de bonne heure ; chez les malades à cavernes ou chez ceux dont l'état général est absolument mauvais, je l'ai presque toujours trouvé impuissant.

Je n'ai jamais remarqué aucun trouble fonctionnel à la suite de l'introduction de l'aristol dans l'organisme humain ; jamais de diarrhée, jamais de vomissements, presque toujours, au contraire, j'ai vu se réveiller l'appétit vers le septième ou huitième jour du traitement.

La seule particularité que je tienne à signaler est un peu de sécheresse de la gorge qui se produit quelquefois dans les premiers jours. Cette sécheresse disparaît du reste, d'elle-même, sans qu'il soit nécessaire d'interrompre les injections.

J'attribue cette sécheresse de la gorge à l'élimination de l'iode qui se fait en grande partie par la respiration, ainsi que j'ai pu m'en assurer en faisant barboter l'air expiré par quelques-uns de mes malades dans une solution d'amidon qui, sous l'influence du perchlorure de fer ou de l'acide azotique fumant, présentait, au bout de peu de temps, des traces d'une coloration violette caractéristique.

Pour qu'on arrive à trouver des traces d'iode dans l'urine, il faut que les doses d'aristol aient été beaucoup plus considérables que celles que j'emploie habituellement. Chez les animaux, au cours de mes expériences, j'ai constaté quelquefois la présence de l'iode dans l'urine, jamais chez l'homme. Peut-être aussi ne disposé-je pas de moyens d'investigation assez précis ?

La douleur locale, consécutive à l'injection d'aristol, est beaucoup moins accusée qu'avec la plupart des autres agents antiseptiques ; je n'ai jamais observé aucune inflammation, aucune induration, aucun abcès au voisinage de la piqûre

L'aristol dont je me sers est préparé selon la formule de MM. Quinquaud et Fourmioux, communiquée à la Société de Biologie.

En résumé, je considère l'aristol, non seulement comme un antiseptique pulmonaire très avantageux contre les premières manifestations de la phtisie, mais encore comme un modificateur puissant de la nutrition chez le tuberculeux.

Loin de moi la pensée de le présenter comme le spécifique de la tuberculose pulmonaire ; je crois seulement qu'il satisfait à ces deux indications fondamentales de tout traitement anti-tuberculeux :

Amoindrir la virulence et le pouvoir reproducteur du bacille ;

Relever l'état général du phtisique.

III

J'ai dit plus haut que, dans certains cas — et ce sont ceux où les lésions pulmonaires sont très avancées — j'avais dû modifier mon traitement.

La modification a consisté, en ce qui concerne l'injection hypodermique, à ajouter à ma solution une certaine quantité de *créosote purifiée*.

Voici du reste ma formule :

Huile d'amande douce stérilisée...	100 cent.cubes.
Créosote purifiée..................	5 grammes.
Aristol............................	1 gramme.

Je n'emploie que la créosote *purifiée*, d'après le procédé de M. Catillon, car je trouve, dans ce médicament ainsi préparé, une action bien plus énergique et bien plus constante que dans le gaïacol, qui pourtant doit être lui-même préféré à la créosote ordinaire du commerce pour les injections hypodermiques.

Avec cette injection, dans quatre cas, sur une quinzaine de malades traités, j'ai obtenu une amélioration assez considérable au point de vue de la toux, de l'expectoration et de la fièvre vespérale.

L'appétit s'est relevé et les malades ont repris un certain degré d'embonpoint.

Chez six autres, le traitement a dû être interrompu à plusieurs reprises, en raison des troubles gastriques qui survenaient ; mais, chez la plupart de ces malades, la tolérance s'est établie et il y a eu, comme résultat, une amélioration qui, pour s'être fait attendre, ne s'est pas moins produite d'une façon manifeste.

Enfin, chez les derniers, j'ai vu la maladie suivre son cours sans être aucunement influencée par la médication.

L'injection hypodermique de créosote purifiée et d'aristol, quand elle est bien tolérée par l'organisme — et on arrive toujours à obtenir cette tolérance en agissant avec méthode — est donc susceptible de rendre de réels services dans la phtisie au troisième degré, mais son usage doit être pour ainsi dire continu, avec des interruptions de deux ou trois jours seulement par mois, car j'ai remarqué plusieurs fois que lorsque, après une amélioration notable, on se croyait en droit d'arrêter le traitement, on ne tardait pas à voir les accidents se reproduire très vite et avec une grande intensité.

J'ai pour principe, ainsi qu'on a pu le voir par mes formules, de ne donner les antiseptiques pulmonaires qu'à faibles doses, car depuis que je m'occupe du traitement des affections tuberculeuses, j'ai toujours remarqué que ce ne sont point les doses massives — pas plus, du reste, que les antiseptiques extrêmement énergiques — qui donnent les résultats les plus favorables.

Mais je suis absolument partisan des petites doses fréquemment répétées ; aussi, toutes les fois que cela est possible, n'hésité-je point à pratiquer une injection matin et soir, persuadé qu'il y a plus d'avantages à maintenir continuellement l'agent infectieux sous l'influence d'un médicament qui doit amener sa déchéance progressive, qu'à chercher à le supprimer brusquement, au détriment peut-être de cet élément si fragile qu'on appelle le globule sanguin.

Dr A. NADAUD.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Cession de clientèle ; nullité ; validité de l'engagement de présenter son successeur à ses clients ; interdiction d'exercer la médecine dans un rayon déterminé, validité.

« Une clientèle médicale ne peut être l'objet d'une cession ; la confiance que le médecin inspire à ses clients étant un fait personnel qui ne peut pas tomber dans le commerce (art. 1598 Code civil).

« Mais un médecin peut valablement prendre l'engagement de présenter son successeur à ses clients, comme aussi de s'interdire de lui faire concurrence en exerçant la médecine dans un rayon déterminé. »

(B... — C. — S...)

ARRÊT

Considérant que, par acte du 19 août 1887, B..., médecin à Vaise, rue de la Pyramide, 2, a vendu à S..., médecin à Genève, sa clientèle. Par cet acte B... s'engageait à présenter S... à ses clients, et tout en se réservant d'exercer la médecine à Lyon et dans les communes voisines, il s'interdisait d'avoir un cabinet à Vaise et de faire une concurrence déloyale à S... ; que, par le même acte, ledit B... a cédé audit S... son droit au bail des lieux qu'il occupait et certains objets mobiliers, le tout moyennant la somme de 6,000 fr., outre les intérêts ;

Considérant que S... conclut à la nullité entière de la convention du 19 août, sauf pour le chef relatif à la cession du mobilier qu'il estime à 700 fr., parce que le traité tombe sous l'application de l'article 1598 du Code civil, la confiance des malades en un médecin n'étant pas dans le commerce ; qu'il demande encore la résiliation de ladite convention, parce que B... lui aurait fait depuis une concurrence déloyale ;

Considérant, en ce qui concerne ce dernier grief, qu'en présence des explications et productions de B..., le demandeur ne fait pas la preuve satisfaisante de son articulation ;

Considérant, au contraire, que la convention du 10 août a eu en vue pour partie la cession de la clientèle médicale de B... et non pas seulement, ainsi qu'il le prétend, l'interdiction d'exercer à Vaise et l'obligation par B... de recommander son successeur à ses clients ; que cela résulte des termes exprès dont les parties contractantes se sont servies, et de ce que B... avait dû, avant de passer acte, montrer à son futur acquéreur ses livres et le nombre des clients de son cabinet ; qu'il y a donc lieu d'annuler l'acte du 19 août 1887, mais seulement en tant qu'il porte sur la cession de clientèle ;

Considérant que les premiers juges ont estimé que dans le prix total de 5,000 fr. celui afférent à le clientèle médicale n'était que de 580 fr., la valeur justifiée des objets livrés ou des réparations exécutées par B.. s'élevant à 4,419 fr. ; que pour arriver à ce dernier chiffre, ils y ont à tort compris le montant des réparations effectuées par B... à son entrée dans les lieux trois ans auparavant, que les avantages provenant de ces réparations avaient en partie disparu ;

Mais qu'il y a lieu de faire état des engagements pris par B... de présenter son successeur à ses clients et de ne plus avoir de cabinet à Vaise, stipulations qui n'ont rien de contraire à la loi ; qu'il en est de même en ce qui concerne la subrogation au bail ;

Considérant que la Cour a les éléments nécessaires pour faire l'appréciation des différents éléments du prix convenu entre les parties ; qu'elle estime à 2,000 fr. la valeur de la clientèle, et à 3,000 fr. le droit au bail, le mobilier et les autres obligations prises par B... ;

Considérant que sur cette somme, S... a versé celle de 1,500 fr. ;

Considérant que chacune des parties succombe sur certains chefs de ses conclusions ;

Par ses motifs,

La Cour,

Déclare nulle et non avenue la convention du 19 août 1887, en tant qu'elle a trait à la cession de la clientèle ;

Dit pour le reste qu'elle sortira de son plein et entier effet selon sa forme et teneur ;

Condamne S... à payer à B... :

1° La somme de 1,500 fr. avec intérêts à partir du 1er novembre 1887, jusqu'au 22 mai 1888 ;

2° La somme de 150 fr. payée à l'enregistrement ;

3° Les intérêts de droit ;

Condamne S... aux trois quarts des dépenses de première instance et d'appel, l'autre quart devant être supporté par B..., le coût de l'arrêt et de ses suites, demeurant à la charge de celui qui les aura occasionnés ;

Ordonne la restitution de l'amende.

(*Lyon-Médical.*)

BULLETIN DES SYNDICATS

Association des médecins de la vallée de la Meuse

Compte rendu de la séance du 9 *août* 1891.

Etaient présents : MM. Carion, Hamaide de Fumoy, Renson, Pillière, Séjournet, Gignac, Speckhahn, Maquart, Rousseau, Maillard, Pitoux, Leroy, de Fisson, D'Hotel (Henri).

Se sont excusés : MM. Beugnies, Benit, Hamaide (J.), Boyron, Bonnet, Chatelin, Rigault, Trèvelot.

Les docteurs Portaz et Provenaz ont quitté la contrée.

Au début de la séance, le président, docteur Carion, lit une lettre de M. Aubert, agent du « *Secours* », à Mézières, l'avertissant que cette compagnie n'accepte pas le tarif du syndicat.

Après une vive discussion, il est décidé à l'unanimité qu'à partir de ce jour aucun membre du syndicat ne devra avoir de rapports avec cette compagnie. Les certificats et les arrangements demandés en son nom seront refusés et les traités actuellement existants avec elle seront immédiatement dénoncés par chacun de nous.

Il en sera de même pour la Compagnie le « *Soleil*, sécurité générale ». Dans ces conditions quand un accident surviendra à un ouvrier assuré à l'une de ces compagnies, il faudra faire signer par le patron un des imprimés qui sont entre les mains de tous les syndiqués (voir statuts, p. 18, art. 6 et 8).

Le président avisera par lettres les compagnies sus-désignées des décisions qui les concernent.

A l'avenir aucun membre du syndicat ne devra prendre d'engagements avec une compagnie d'assurances sans en avoir obtenu l'autorisation du Président, après avis du bureau. Tous les engagements nouveaux devront être écrits.

Si une compagnie d'assurances s'adressait à un médecin belge, le confrère intéressé en avertira le président du syndicat et cette compagnie sera aussitôt traitée comme les précédentes.

Une discipline rigoureuse est nécessaire ; c'est par elle que nous triompherons de certaines résistances et que nous retirerons des avantages de notre association.

Quand les compagnies d'assurances verront que nous tenons ferme, elles seront obligées de s'incliner et de reconnaître que le temps est passé pour elles de réaliser de gros bénéfices en escomptant nos rivalités.

Tous les membres présents à la réunion sont

partisans de la suppression de l'officiat de santé. Les confrères, conseillers généraux, parleront dans ce sens à l'assemblée départementale.

REPORTAGE MÉDICAL

Les membres du *Syndicat de la presse médicale* seront admis,sur la présentation de leur carte, au palais des Machines (Champ de Mars), pendant la durée des fêtes organisées par la *Société d'allaitement maternel*.

Bien Américain !

La ville de New-York possède une institution qui, croyons-nous, est unique au monde. C'est un cabinet anatomique calqué sur les cabinets de lecture, mais au lieu de livres ce sont des os humains qui sont loués, pour leurs études, à des étudiants en médecine et à des médecins.

Ce cabinet possède des milliers de pièces soigneusement étiquetées et conservées, que consulte sans cesse une fort nombreuse clientèle. Et ce qui est étrangement curieux, c'est d'y voir aller et venir des étudiants portant de funèbres paquets ou les poches bourrées d'ossements de tous genres.

— En vue de prévenir la transmission de la tuberculose dans les compartiments des chemins de fer, M. Baudouin et la *Revue scientifique* proposent de les pourvoir de crachoirs faciles à stériliser et de désinfecter les tapis et coussins par la vapeur sous pression, dont on dispose dans toutes les gares de chemins de fer. — On pourrait, par ce dernier procédé, journellement pratiqué à l'arrivée ne pas recourir aux crachoirs, bien peu commodes.

— Le nombre des étudiants en médecine a été, en 1890, de 7016.

Ces 7016 étudiants se répartissent ainsi : Faculté de médecine de Paris 3050, Facultés des départements 2141, écoles secondaires 1707, facultés libres 118.

Sur ce nombre total, on compte 702 étudiants étrangers.

— Nous sommes heureux d'informer nos lecteurs que M. le Dr *Bourneville*, directeur du *Progrès médical*, est rétabli d'une congestion pulmonaire avec pleurodynie, affection qui avait inspiré des inquiétudes à ses nombreux amis.

— *Attentat contre un médecin*. — Le *Messager de la Marne* raconte que M. le Dr Ménard, de Vitry-le-Français, a été l'objet d'une tentative d'assassinat de la part de M. Lacau, ex-économe révoqué de l'hôpital de Vitry-le-Français, qui lui attribuait faussement sa révocation. C'est à la suite d'un court entretien, qui avait lieu dans son cabinet, que Lacau tira sur lui, en pleine poitrine, un premier coup de revolver. La balle glissa sur une côte ; d'un second coup, le meurtrier blessa le docteur Ménard à la cuisse. Celui-ci, malgré sa blessure, put néanmoins s'enfuir. L'assassin se tira alors une balle dans la bouche et tomba mort.

(*Progrès médical*.)

Dans la liste des distinctions honorifiques récentes, nous relevons les noms des membres du Concours qui suivent :

Officier de l'Instruction publique

M. le Dr Dubar (professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille), d'Armentières.

Officiers d'académie :

MM. les Drs Alvin (J.-A.-S.), de Saint-Etienne (Loire) ; André (G.), de Toulouse (Haute-Garonne) ; Bardy (V.), de Belfort (Haut-Rhin) ; Boisson (C.-E.), à Sceaux (Seine) ; Boubila (H.), de Marseille ; Carcopino, à Verneuil (Eure) ; Dupuy (J.-B.-A.-P.), à Moissac (Tarn-et-Garonne) ; Gazet (E.), à Tain (Drôme) ; Goupil (F.-M.), à Ploermel (Morbihan) ; Galais (L.-P.), à Bonneville (Haute-Savoie) ; de Langenhagen (P.-E.), à Mottes-les-Bains (Isère) ; Lemoine (E.-C.), à Vitry-en-Artois (Pas-de-Calais) ; Nicolas (A.-D.), à Grenoble (Isère) ; Sahut, à Gannat (Allier) ; Tissier, à Remiremont (Vosges) ; Leroy, à Amiens.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Vient de paraître

Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections hypodermiques d'aristol, par le Dr Nadaud, membre du Concours médical. Prix : 1 franc.

— Le concours de l'Internat allant bientôt s'ouvrir nous croyons utile de signaler de nouveau aux *parents des candidats* le **Guide du Candidat au concours de l'Internat.**

Ce volume contient les questions les plus variées telles qu'elles doivent être traitées au Concours, portant non seulement sur l'Anatomie, mais aussi et surtout sur la Pathologie, questions d'écrit et questions d'oral.

Rédigées par un groupe d'anciens internes des hôpitaux, ces questions, tenues tout à fait au courant, renferment tout ce qu'il est nécessaire de savoir pour arriver à faire une excellente copie d'abord, un excellent oral ensuite.

Voici, d'ailleurs, ce qu'en a dit le *Bulletin médical* lors de l'apparition de l'ouvrage (*Bull. méd.* du 6 mai 1891) :

« Le besoin de cet ouvrage se faisait sentir ; il manquait, en effet, un Manuel pour les candidats au Concours de l'Internat. Celui-ci vient donc combler une lacune. On y trouve traitées, avec beaucoup d'ampleur et telles qu'on les demande au Concours, un grand nombre de questions d'anatomie et de pathologie choisies parmi les plus importantes. En somme, ouvrage utile appelé à rendre de sérieux services. »

Pour recevoir FRANCO, adresser un mandat de 7 fr. 50 à M. le Directeur de la *Société d'Editions scientifiques*, 4, rue Antoine-Dubois, Paris, 20 % de remise à MM. les membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Treizième année — N° 36 — 5 Septembre 1891

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Toxicité de l'extrait éthéré de fougère mâle.

M. *Lépine* appelait récemment l'attention sur des accidents qui suivent chez certains sujets l'administration d'une dose, même modérée, d'extrait éthéré de fougère mâle, accidents pouvant conduire à la mort, et qui sont imputables à l'acide filicique, principe actif de cette plante.

Ces accidents sont variés, la plupart d'ordre nerveux, somnolence, paralysie, coma ou tremblement, vertiges, sueurs froides, convulsions, syncope, amaurose; d'autres digestifs: vomissements, diarrhée, avec ecchymoses et hémorrhagies de la muqueuse digestive à l'autopsie, enfin albuminurie, ictère.

M. Lépine conclut qu'il ne faut pas dépasser une dose de 5 à 10 gr. d'extrait et qu'on doit chercher à éviter la résorption du principe toxique. Dans ce but on ne prescrira pas une diète prolongée avant l'administration du remède; car elle favorise la résorption et on la fera suivre à bref intervalle par l'administration d'un purgatif. Théoriquement il est préférable que ce purgatif ne soit pas l'huile de ricin, car l'huile dissout l'acide filicique.

Présence du bacille de la tuberculose sur le corps des phtisiques.

M. *E. di Mattei*, qui a déjà démontré que la sueur des phtisiques ne contient pas les bacilles de la tuberculose et qu'elle ne peut pas transmettre la maladie, a prouvé en revanche, par des expériences, que la tuberculose peut se transmettre par les autres produits du corps des malades, comme la saleté des ongles, les poils de la barbe, les cheveux, etc., toutes matières qui peuvent incessamment être répandues dans l'atmosphère. Il est donc prudent de suspecter comme agents de contagion tout ce qui est en contact avec le corps des phtisiques, et spécialement tous les objets dont ils se servent pour leur toilette.

La pathologie des Juifs.

Dans une précédente séance de l'Académie, M. *Javal* insistait sur la fréquence d'une variété d'astigmatisme héréditaire chez les Juifs, et M. *Lageneau* ajoutait que les Juifs ont une pathologie assez spéciale, fréquence du diabète, des névroses, surtout de l'épilepsie et de l'aliénation, ajoutant que d'ailleurs leur natalité est grande, qu'ils sont peu adonnés à l'alcoolisme et que les enfants sont élevés avec grand soin. M. *Laur* a écrit à ce propos à l'Académie que les Juifs allemands qui habitent la Russie méridionale, ont une hygiène déplorable, ce qui ne les empêche pas d'avoir beaucoup d'enfants et d'en perdre peu.

M. *Germain Sée* a riposté, dans la dernière séance, aux assertions de ses confrères. Il a mis en lumière la sobriété des Juifs au point de vue des boissons alcooliques et la prévision merveilleuse de leurs législateurs à l'égard des maladies microbiques. Moïse avait observé sans doute la trichinose, pour avoir défendu le porc si rigoureusement et le thalmud avait institué des mesures draconiennes contre la tuberculose; le sacrificateur devait notamment écarter tout animal qui présentait à l'autopsie des adhérences de la plèvre. Comment concilier l'absence d'alcoolisme chez les Juifs, reconnue par les orateurs précédents avec leur opinion sur la prétendue fréquence de l'épilepsie et de l'aliénation chez eux, puisque, de l'avis des aliénistes du dernier congrès, l'alcoolisme fabrique plus d'un tiers des aliénés? On a dit qu'il y avait beaucoup d'idiots et d'aliénés chez les Juifs: ici encore il y a contradiction; les idiots ne deviennent pas aliénés, puisqu'on ne peut perdre ce que l'on n'a jamais possédé.

M. Javal avait dit que la Bible ne parlant nulle par de l'immortalité de l'âme, les Juifs s'étaient toujour

efforcés de vivre en ce monde le plus longtemps et le plus confortablement possible. M. Sée cite des passages de l'historien Josèphe et de saint Paul qui attestent la haute moralité des Juifs et leur croyance aux âmes immortelles. Si ce mot d'immortalité n'est pas dans le Pentateuque, il faut se dire que l'œuvre de Moïse n'est pas un traité de métaphysique, mais un code, une série de commandements formulés avec une âpre précision. Si on lit entre les lignes de ce livre fameux, avec un peu de bon sens, on comprend toutes les conséquences morales qui en découlent, au milieu de sa merveilleuse simplicité.

M. Sée ajoute spirituellement que s'ils ont, comme le dit M. Javal fréquemment, de l'astigmatisme, de la myopie et du strabisme oculaire, les Juifs ont su échapper au *strabisme intellectuel* si répandu dans le monde.

M. *Worms*, qui a été, pendant 11 ans, médecin de l'hôpital israélite de Paris, n'a pas trouvé plus d'épileptiques parmi les malades de cet hôpital que dans n'importe quel autre hôpital.

M. *Lagneau*, maintient que, d'une façon générale, le système nerveux des Juifs est plus excitable et que les maladies nerveuses sont à Constantinople, au dire de M. Zambaco, plus fréquentes dans la race Juive.

M. *Leblanc* et M. *Lancereaux* pensent qu'en proscrivant la viande de porc Moïse a eu plutôt en vue la ladrerie que la trichinose. Moïse tenait à imiter peut-être les prêtres Egyptiens qui, au dire d'Hérodote, avaient soin de pratiquer le langueyage chez les bœufs qu'ils allaient sacrifier afin de s'assurer qu'ils n'avaient pas de cysticerques sous la langue ; quand ils en constataient, ils détruisaient la viande de l'animal. Ils connaissaient aussi la ladrerie du porc.

M. *Leblanc* dit que, si Moïse prescrivait de rejeter de la consommation les animaux dont les plèvres étaient adhérentes, il visait surtout la péripneumonie, affection où existe l'adhérence des plèvres qui fait souvent défaut dans la tuberculose. Ce vétérinaire pense qu'on exagère à propos de cette dernière maladie en admettant le danger de l'alimentation par les viandes d'animaux tuberculeux. Si le poumon seul présente quelque lésion, l'animal étant d'ailleurs d'aspect superbe, il suffirait, pour écarter tout danger, d'enlever l'organe malade.

M. *Lancereaux* croit aussi qu'il est exagéré de détruire la viande des animaux atteints de tuberculose localisée ; s'il n'y avait que des tuberculeux infectés par la viande, la tuberculose serait une maladie rare.

La grippe en Perse en 1889-90.

M. Tholozan (de Téhéran) a recueilli les différentes communications qui ont été transmises au Conseil d'hygiène de cette ville et relatives à l'épidémie de grippe qui a sévi, en Perse comme partout en 1889-91. Ces renseignements manquent souvent de précision, cependant ils sont susceptibles de fournir quelques indications relatives aux époques de début de la grippe dans les différentes parties de la Perse.

Les premières localités atteintes furent Recht, puis Téhéran. D'une manière générale, la propagation a été lente et irrégulière, probablement à cause du manque de voies de communications qui rendait la contagion plus difficile.

Les médecins Arabes et Persans n'ont pas, dans leurs ouvrages, donné de renseignements sur la grippe, mais on trouve dans les chroniques des faits qui devront évidemment prendre place dans les épidémies de grippe. Le plus remarquable peut-être se rapporte à l'année 241 de l'Hégire (855 après J.-C.). « Un vent s'éleva des villes du Turkestan, qui fit périr beaucoup de monde. Le froid qui régna à cette époque produisit des rhumes de cerveau chez toutes les personnes qu'il toucha. » Voilà donc une épidémie de grippe avec ses coryzas et sa grande mortalité, qui envahit la Perse après le Turkestan. Il serait désirable que les médecins russes du Turkestan pussent nous dire si la marche a été la même en 1889-90.

FEUILLETON

Vélocipédie médicale.

(Suite et fin).

C'est une sage recommandation. Le vélocipède exige des mouvements spéciaux des jambes ; d'où prédominance de certains muscles qui fait qu'un vélocipédiste nu ne reproduit point l'académie classique. Les saillies des extenseurs donnent à sa cuisse une apparence de torsion : c'est chez lui que Tartarin de Tarascon retrouverait les célèbres *doubles muscles.* Il est donc plus que probable que l'exercice exagéré du vélocipède chez un adolescent dont le squelette n'a pas achevé son évolution pourrait amener des modifications, tout au moins des tiraillements aux points d'insertion. J'ai déjà constaté de la tarsalgie : de là à un retentissement articulaire il n'y a qu'un pas, et chez quelque diathésique il n'y a rien d'invraisemblable qu'une arthrite puisse éclore à son tour.

Je me suis laissé aller au plaisir de m'étendre sur un sujet favori ; il serait temps de m'arrêter. Cependant les confrères que tente l'acquisition d'une bicyclette ou d'un tricycle seront bien aises d'avoir une notion sommaire de ce qu'on appelle les accessoires.

J'ai conseillé plus haut la lanterne à bougie. Il faut avoir un porte-bagage de guidon, soit la simple paire de courroies, soit les systèmes extensibles et pliants comme le porte-bagage de Clermont, pour y placer un vêtement, un manteau, un paquet léger.

La sacoche à outils ne doit contenir toutes ses clefs que si l'on fait un long voyage ; dans la pratique ordinaire, c'est un poids inutile. On remplace par une clef anglaise à tourne-vis.

Voilà les accessoires *indispensables.*

Il est aussi une chose indispensable contre la pluie, c'est l'*indispensable cape*, sorte de blouse en caoutchouc, spécialité anglaise ingénieusement faite, dont la partie antérieure se fixe au guidon, ce qui constitue pour vos jambes une sorte de parapluie. L'*indispensable cape* ne pèse que

Conflit entre l'administration et les internes des hôpitaux de Marseille.

Les journaux de Marseille, dit le *Bulletin médical*, s'étant plaints à diverses reprises du refus de l'admission des malades dans les hôpitaux, les internes ont tenu à dégager leur responsabilité par une note parue dans la presse locale.

La publication de cette note fut aussitôt suivie d'une mesure disciplinaire consistant en la suspension du traitement pendant trois mois et la suppression des sorties du soir ; cette mesure atteignit tous les internes de l'hôpital de la Conception.

Ceux-ci, refusant de se soumettre à la seconde partie de la punition, ont demandé qu'elle fût rapportée, en déclinant toute responsabilité dans le cas où l'administration, persistant dans ce refus, ils se verraient obligés d'abandonner le service des malades.

L'administration des hospices maintenant l'intégralité de la punition, tous les internes viennent d'adresser collectivement leur démission au président de la commission administrative des hospices.

Les services médicaux sont donc en souffrance. Tous les externes et tous les étudiants appuient les revendications de leurs camarades, lesquels se sont assuré également par lettre le concours des internes et étudiants des autres villes.

Prophylaxie de la conjonctivite granuleuse dans les écoles.

Le Ministre de l'Instruction publique ayant interrogé l'Académie sur les conditions qui rendent la conjonctivite granuleuse contagieuse et sur les mesures à prescrire pour prévenir la contagion, voici les réponses que M. Panas a proposé de lui adresser :

La contagiosité de l'ophtalmie granuleuse n'est pas douteuse. Les conditions des transmissions sont, avant tout, la promiscuité que l'on observe dans les ménages pauvres, les écoles, les casernes.

La forme aiguë et purulente de cette ophtalmie est la plus à craindre, mais dans certaines conditions de réceptivité, la forme chronique peut se transmettre également à un individu sain. Cela est surtout vrai à certaines époques de l'année. En Egypte cela a lieu au moment de la crue du Nil.

Une surveillance rigoureuse des objets de toilette rend les chances de la contagion bien moindres surtout dans les formes chroniques ou atténuées de la maladie. Quoique cela soit difficile entre les pensionnaires d'un même établissement, l'isolement des granuleux constitue la vraie condition de prophylaxie.

Voici les conclusions auxquelles l'Académie pourrait se rallier :

1° N'accepter aucun élève dans l'école avant qu'il ait subi un examen des yeux, au point de vue de l'ophtalmie granuleuse ;

2° Sur les élèves admis à fréquenter l'école, pratiquer régulièrement un examen tous les trois mois au moins, et cela indistinctement, que les élèves se plaignent ou non d'affections oculaires.

La raison de cet examen de la totalité des élèves, tient à ce que les granulations palpébrales existent à l'état latent et qu'elles peuvent passer inaperçues si l'on ne procède pas au renversement des paupières ;

3° Sitôt qu'un élève offre des vraies granulations, déclarées telles par un médecin compétent, on doit l'isoler et le traiter avec vigueur, de façon à éteindre au plus tôt le foyer de contamination et à permettre à l'élève de continuer le cours de ses études ;

4° Il va de soi que ce sera au médecin d'indiquer, dans chaque cas particulier, le moment où l'élève sera autorisé à reprendre, sans danger pour les autres, le cours de ces études.

MÉDECINE PRATIQUE

Les effets de l'abus du tabac.

Que faut-il penser exactement des dangers que peut faire courir à la santé l'abus du tabac ? C'est

---

quelques grammes, l'air y circule facilement ; il ne vous met pas en eau comme tous les autres caoutchoucs, ou les lainages soi-disant imperméables, qui ne tardent pas à peser 20 kilos et demandent deux jours pour sécher.

Suivant les arrêtés préfectoraux et municipaux, l'avertisseur sera le grelot ou la corne. Si vous avez le choix, prenez la corne qui s'entend de loin : c'est nécessaire pour les voitures et les cavaliers. Quand vous le pouvez, contentez-vous de la voix.

Nous avons souvent besoin d'emporter des instruments, des remèdes, et même des biscuits de Kola. Je me sers d'une sacoche à deux poches, dite de bicycle, que j'attache en arrière de la douille et du guidon.

Le vélocipédiste débutant se trouve aussitôt en lutte contre un phénomène assez pénible, l'essoufflement, surtout en montant les côtes. L'habitude le fait vite disparaître en plaine ; quant aux côtes, il est bon de connaître les règles qu'on doit observer aux montées. Le coup de pédale doit être aussi régulier que possible ; il faut n'appuyer que lorsque la pédale quitte l'horizontale, autrement l'effet obtenu n'est pas proportionné à l'effort, il y a dépense exagérée. Plus la côte est dure, plus la montée doit être lente, par l'application du principe : ce qu'on gagne en force, on le perd en vitesse. Il faut aussi aller très droit pour ne pas ajouter, à l'effort fait pour monter, celui qui est nécessaire pour relever la bicyclette.

Ceci établi, il faut s'exercer à respirer très lentement et très profondément, de manière à ne pas se laisser gagner par l'essoufflement. Si, malgré tout, à un moment donné, l'essoufflement se produit, il faut descendre de machine. Cette règle est absolue pour une personne qui a dépassé la trentaine. L'enfreindre serait s'exposer à se forcer le cœur. Petit à petit l'entraînement se fera ; on descendra de moins en moins, et on finira par monter tout.

Le mot d'*entraînement* me rappelle une autre observation. Quel parcours doit-on suivre pour arriver à s'entraîner ? Je conseille d'augmenter les parcours par fractions de 10 kilomètres jusqu'à 40. Ensuite quelques promenades de 40 à 60 kil., et l'on sera suffisamment entraîné pour entreprendre des courses de 100 kil. et plus.

L'alimentation ne comporte pas pour nous des

uno question qui vaut la peine d'être examinée sciontifiquement, à la lumière de la physiologie et de la clinique. Il n'y a pas un médecin qui n'ait été interrogé bien des fois sur ce sujot et les réponses que plus d'un fait alors à son client sont souvent dictées par l'indulgence que le médecin fumeur a naturellement pour une habitude *dont il est lui-même esclave.*

I

Que nous dit la physiologie sur les propriétés du tabac ? Et d'abord que contient le tabac comme principes chimiques ?

— On trouve dans le tabac de la gomme, du gluten, de l'amidon, des matiéres extractives, des acides végétaux, de la résine, des graisses ; des sels (de potasse, de chaux, de magnésie, chlorure de sodium, silice) représentant 10 à 27 % du poids des feuilles sèches ; tous ces principes nous importent peu, du moins en ce qui concerne l'usage du tabac à fumer, car ils pourraient avoir quelque importance pour ceux qui mâchent... pardon, chiquent le tabac, la dissolution de ces divers principes dans la salive pouvant jouer quelque rôle ultérieurement dans l'estomac.

Mais, au point de vue des fumeurs, nous avons à considérer surtout l'essence volatile appelée *nicotianine*, qui est une espèce de camphre, et la *nicotine*, qui est un alcaloïde non oxygéné.

Ce dernier corps est, chacun le sait, en quantité très inégale dans les divers tabacs, et la proportion varie beaucoup, puisque le tabac de la Havane en contient moins de 2 centièmes ainsi que les tabacs du Levant, tandis que les tabacs de France en contiennent de 4 à 8 centiémes. La toxicité de la nicotine n'est pas douteuse, puisqu'à la quantité de 0 gr. 10 elle tue un chien de taille moyenne et qu'un homme peut éprouver des accidents graves, après avoir respiré quelque temps un flaçon qui en contient.

Mais, comme nous recherchons les inconvénients qu'il y a à fumer le tabac, c'est surtout la composition de la fumée de tabac, qui doit nous occuper.

Or, voici ce qu'elle contient : de la vapeur d'eau, qui tient en suspension du *carbonate d'ammoniaque* ; de la *nicotine* ; des *matières colorantes*, qui sont probablement toxiques ; deux bases du groupe pyridinique, la *collidine* et *l'hydrocollidine*, toutes deux toxiques ; de *l'acide prussique* ; de *l'oxyde de carbone* et de l'acide carbonique.

En résumé, les quatre corps dont on peut incriminer l'influence nuisible sont la nicotine et l'oxyde de carbone, la collidine et l'hydro-collidine, l'acide prussique. La fumée de 100 gr. de tabac contient 0 gr. 50 de nicotine, 0,10 cent. des deux autres bases, 3 à 8 milligrammes d'acide prussique.

Il est à remarquer que, si les tabacs du Levant contiennent trés peu de nicotine, ils sont assez riche en collidine et que ce corps est au moins aussi toxique que la nicotine, puisqu'un vingtième de goutte de collidine paralyse et tue rapidement une grenouille.

Mais, c'est surtout l'action physiologique de la nicotine qui a été étudiée. On sait qu'elle agit énergiquement sur le système nerveux. Elle excite d'abord, puis paralyse la contractilité musculaire ; augmente ou diminue la pression sanguine, accélère ou ralentit le pouls suivant la durée de son action ou l'intensité de la dose. Elle provoque les sueurs, la salivation, les nausées, excite en somme toutes les sécrétions glandulaires. C'est surtout l'action sur les nerfs pneumo-gastriques, le tissu musculaire et les vaisseaux qui a été étudiée dans ces derniéres années par les médecins désireux de juger l'influence étiologique du tabac sur les troubles de la circulation. La nicotine accélère le cœur, elle tétanise les fibres musculaires des vaisseaux tout comme celles du tube digestif ou des muscles striés. Le tétanos des artères de petit calibre, qui explique la pâleur de la peau, notamment aux extrémités, a pour conséquence l'augmentation de la tension artérielle et la dilatation de l'aorte. Nous reviendrons sur ce point à propos des accidents du tabagisme chronique, tels que la clinique les révéle.

Mais les accidents du tabagisme ne peuvent pas être envisagés comme une pure et simple intoxi-

---

règles précises et sévères comme pour les coureurs, les touristes qui font de longs trajets répétés. Nous n'aurons pas besoin de nous priver de fumer, de boire une petite goutte, et autre chose encore ; nous ne devons pas n'avaler que des beefsteaks, et dormir nos dix heures. Cependant, il est bon de s'habituer à braver la soif ; il faut proscrire les boissons qui disposent à la sueur, la bière avant tout, en cours de route. Ce qu'il y a de mieux, c'est du café étendu d'eau, ou encore, si l'on est à distance du repas, une croûte de pain avec un verre de vin.

Ceci m'amène à parler de la fringale, mal bien autrement vélocipédique que la fameuse arthrite, car il est peu de velocemen qui n'en aient éprouvé la pénible sensation, tandis que l'arthrite reste toujours avec son cas unique entouré d'une multitude de points d'interrogation pour qui connaît la victime.

Il n'est pas facile de manger souvent pour éviter la fringale qui subitement vous coupe bras et jambes : les estomacs les plus complaisants ne s'y prêteraient guère. D'autre part, impossible, à l'instar du serpent boa, d'accumuler des provisions pour plusieurs jours : car pas plus que lui nous ne pouvons nous mouvoir avec un estomac rempli : une allure un peu vive au début de la digestion stomacale amène invariablement le vomissement.

Il ne faut donc pas s'étonner des tentatives *pharmaceutiques* faites pour combattre la fringale. En tête se placent les nombreuses préparations à la kola. J'ai entendu dire du bien de la Kola-liquide ; mais elle coûte terriblement cher, puis je n'aime pas trop à transporter des bouteilles en velo, depuis que j'ai peint mon sac de voyage, ma trousse et son contenu à la teinture d'iode. J'ai expérimenté les biscuits ; je dois reconnaître qu'ils m'ont permis de faire de longs parcours, plus de cent kilomètres, sans presque sentir de fatiguo. Toutefois il faut savoir que la Kola ne remplace nullement la nourriture. On aura beau absorber des biscuits d'heure en heure, il faudra quand même que les repas soient proportionnés aux trajets que l'on s'impose.

Faut-il parler de la pathologie de la vélocipédie, et si je le fais, ne devrai-je pas, pour être

cation par la nicotine, puisque la fumée de tabac contient, nous l'avons vu, plusieurs principes toxiques en proportions variables suivant l'origine du tabac, et aussi suivant la manière dont on fume.

Il n'est pas indifférent de fumer à jeun ou après avoir mangé, en plein air ou dans une pièce non ventilée, dans laquelle on respire sans fin la même fumée qui s'est accumulée.

Autre chose est de fumer la cigarette, le cigare ou la pipe, la pipe de terre à court tuyau profondément imbibé de cette matière noire demi-liquide extrêmement toxique qui s'y condense ou d'aspirer comme les Orientaux la fumée qui s'est refroidie et débarrassée de ses alcaloïdes toxiques en traversant le réservoir plein d'eau et le long tube du narghileh.

Tous ces détails sont à considérer quand on veut discuter avec un client l'influence que peut avoir sur sa santé l'usage ou l'abus du tabac et les moyens de l'en guérir.

II.

Dans l'énumération des effets imputables à l'usage habituel et excessif du tabac à fumer, je tâcherai de me tenir également éloigné des deux exagérations contraires, celle qui consiste à attribuer au tabac toute une pathologie et celle qui veut l'innocenter de toute influence morbifique.

On ne peut pas nier que les fumeurs habituels n'éprouvent certains ACCIDENTS LOCAUX DE LA BOUCHE. Au plus léger degré, c'est une congestion habituelle de la muqueuse qui entraîne au bout d'un certain temps des altérations glandulaires et, à un degré plus avancé, de la sclérose. La glossite et la stomatite scléreuses des fumeurs se reconnaissent à l'existence de *plaques nacrées* d'un blanc bleuâtre ; elles forment de chaque côté de la bouche, à la face interne des joues, un *triangle* dont le sommet est dirigé vers la commissure buccale. Ce triangle est un élément précieux de diagnostic entre la stomatite des fumeurs et cette autre forme de sclérose de la muqueuse buccale improprement appelée psoriasis buccal, qui survient aussi bien chez les femmes et chez les gens qui ne fument pas, et qui est considérée par certains auteurs comme pouvant aboutir à un épithélioma de la bouche.

On sait que l'abus du tabac et particulièrement l'usage de pipes à court tuyau a été considéré comme une cause de *cancroïde* de la lèvre ou de la langue ; il est au moins probable que l'irritation permanente par la chaleur peut être une cause occasionnelle d'apparition de l'épithélioma chez un sujet prédisposé.

Il est difficile de ne pas attribuer à l'abus du tabac la *pharyngite chronique* avec sécheresse permanente, surtout si le sujet est arthritique, une certaine *obtusion du goût*, et une *fétidité de l'haleine* que masquent très imparfaitement la succion du cachou et les alcoolats dentifrices.

En revanche, je n'accuserai pas l'abus du tabac de produire la carie dentaire : il paraît être plutôt antiseptique, et l'on sait que la carie est de cause microbienne ; cependant, en produisant de la gingivite, chez les individus qui n'enlèvent pas minutieusement chaque jour le tartre dentaire, l'usage du tabac peut indirectement troubler la nutrition des dents et les rendre plus accessibles à l'invasion des agents infectieux.

Chez les fumeurs de cigarettes qui renvoient la fumée par le nez, la *rhinite chronique* est fréquente avec son cortège de troubles fonctionnels et de réflexes, les uns peu gênants comme l'obtusion de l'odorat, les autres quelquefois insupportables et souvent méconnus : accès d'asthme, névralgies et paresthésies pharyngiennes, palpitations, toux réflexe d'origine nasale.

Je ne pense pas que le tabac crée la *laryngite* et la *bronchite*, mais il est incontestable qu'il les entretient quand elles existent.

Si l'on en croit les fumeurs convaincus de l'innocuité de leur mauvaise habitude, le tabac aurait de grands avantages au point de vue du fonctionnement du TUBE DIGESTIF : il augmenterait la sécrétion salivaire et par conséquent faciliterait la saccharification des féculents ; en faisant contracter les fibres musculaires du tube digestif, il favoriserait les contractions péristaltiques et combattrait la constipation. Il y a quelque vérité

équitable parler de ses bienfaits dans les maladies, chez les rhumatisants, les goutteux, les diabétiques, les neurasthéniques, les dyspeptiques. Je me contenterai de déclarer que je ne reconnais qu'un défaut au vélocipède ; celui de favoriser le développement des hémorrhoïdes, ce qui tient à la selle. On lui a reproché les varices aux jambes ; je n'en ai point vu. J'ai vu des coureurs avec d'énormes mollets et de très grosses veines tout comme on voit dans certains métiers des ouvriers ayant sur le bras des veines de la dimension d'un crayon. Je laisse de côté la fameuse arthrite, parce qu'il faudrait me prouver que son propriétaire ne la doit qu'au seul vélocipède, dont d'ailleurs, en qualité de coureur, il a plutôt abusé qu'usé.

On a conseillé de ne pas laisser les jeunes gens courir ou accomplir de longs trajets.

Pour les grands trajets où je prévois la nécessité de vêtements de rechange, j'ai trouvé dans un bazar un petit sac de voyage, un peu moins grand que ceux que portent les femmes dans leurs courses. Je le fixe dans le sens de la longueur au support de ma selle, sous laquelle il est suspendu, et par laquelle il est presque entièrement recouvert. Il ne me gêne donc ni pour monter, ni pour descendre, point essentiel qui empêche la bicyclette de porter à l'arrière des valises comme le tricycle.

Je vais recevoir, ces jours-ci, une valise plate qui se loge entre les branches du cadre. Ne l'ayant pas vue à l'usage, je n'en dis ni bien, ni mal.

Il y aurait encore beaucoup à dire et sur la manière de placer sa selle, et sur la hauteur du guidon ; sur la tension de la chaîne, la longueur des manivelles, le graissage, le jeu des coussinets, etc.., etc.... Je crains d'abuser plus longtemps de l'hospitalité du *Concours*.

Je me tiens, d'ailleurs, à la disposition de nos confrères pour répondre à toutes les questions qu'ils pourraient me poser sur la vélocipédie.

Dr GUILLAUME,
Chaumont (Haute-Marne).

dans ces affirmations ; il est d'observation certaine que bon nombre de gens n'obtiennent une garde-robe quotidienne qu'en fumant à jeun et au réveil une pipe ou un cigare. Mais avec cet avantage il faut mettre en balance la *diminution de l'appétit* par la déglutition d'une salive imprégnée de nicotine, qui va paralyser les extrémités nerveuses de la muqueuse de l'estomac ; sans compter que les fumeurs qui crachent, s'ils évitent cette action anesthésiante de l'estomac, perdent le bénéfice de l'hypersécrétion salivaire au point de vue de la digestion des féculents. En résumé, bien peu de grands fumeurs, échappent à la *dyspepsie* ; ajoutons que la plupart des fumeurs invétérés résistent difficilement à la *soif*, et que, buvant fréquemment entre leurs repas, ils ont encore là une cause de dyspepsie. Des recherches récentes ont prouvé d'ailleurs que l'action du tabac *diminue l'acidité du suc gastrique*.

Quelle action a le tabac sur le SYSTÈME NERVEUX ? — A coup sûr une action très variable suivant les individus. L'expérience m'a conduit à penser qu'au point de vue de l'influence du tabac, sur les facultés intellectuelles, il faut faire une distinction entre l'imagination et la mémoire. Le tabac m'a semblé exciter plutôt l'imagination, mais *affaiblir la mémoire*. Bien entendu, il ne faut pas tenir compte de certains cas exceptionnels où l'usage incessant de la mémoire la maintient dans une activité suffisante en luttant contre l'influence déprimante du tabac. Un homme de lettres que j'ai connu avait une si prodigieuse mémoire qu'il lui arrivait de composer une pièce en plusieurs actes et en vers dans sa tête sans en écrire un mot ; il la dictait d'un seul trait, une fois terminée. Or, il fumait du matin au soir, sans autre interruption que le temps des repas, les plus capiteux cigares. Il a été enlevé en quelques mois par une phthisie galopante. — Tous ceux qui ont approché notre éminent et aimable doyen savent qu'on le rencontre rarement sans un cigare à la bouche ; il faut cependant qu'il ait une mémoire bien sûre, pour s'acquitter, avec une ponctualité exemplaire et une présence d'esprit qui n'est jamais en défaut, des innombrables devoirs de ses triples fonctions à la Faculté, au Palais et au Conseil d'hygiène. Mais, je le répète, de telles exceptions n'empêchent pas que la grande majorité des gens qui font abus du tabac n'éprouvent une diminution très notable et très rapide de la mémoire, tout au moins de celle des dates et des noms propres.

Parmi les troubles nerveux fréquents chez les fumeurs, j'en envisagerai encore trois : les vertiges, les bourdonnements d'oreilles et les troubles de la vue.

Cependant les *vertiges* ne sont peut-être pas exclusivement des phénomènes nerveux ; car ils n'apparaissent en général que chez les fumeurs dyspeptiques (et l'on sait la fréquence des vertiges d'origine stomacale) ou chez les fumeurs qui offrent des troubles circulatoires, de sorte qu'on peut se demander si le vertige n'est pas en pareil cas la conséquence d'une irrigation défectueuse des centres nerveux.

Les *bruits subjectifs dans les oreilles* marchent souvent de pair avec la pharyngite chronique, le catarrhe des trompes d'Eustache et de la caisse du tympan ; c'est encore peut-être là un accident indirect. Il est vrai que dans l'intoxication aiguë par le tabac, c'est-à-dire telle qu'elle se produit quand nous fumons notre première pipe, vertiges et tintements d'oreilles sont parmi les premiers phénomènes qui, avec les nausées et les sueurs froides, avertissent le fumeur novice de l'intoxication de ses cellules nerveuses.

Les *troubles de la vue* consistent surtout en une *amblyopie* dont les caractères sont nettement déterminés. Le début de cet accident est lent et insidieux, la marche en est progressive et il n'y a pas de périodes d'amélioration ou d'aggravation. Les malades voient moins bien le soir ou quand le temps est couvert. Le trouble de la vision est dû à un *scotome central* qui débute au punctum cœcum pour s'étendre au delà de la macula. L'acuité visuelle est ordinairement réduite à 1/10e. Le scotome est tantôt monoculaire, tantôt binoculaire ; dans ce dernier cas, un des deux yeux est plus gravement atteint que l'autre. Il y a, dans la zone du scotome, la même perversion chromatique que dans l'amblyopie alcoolique. La pupille est très rétrécie et sa mobilité diminuée.

Je passe sur quelques troubles nerveux plus rares, tels que du *tremblement* des extrémités supérieures, de la paresse des membres inférieurs, la frigidité génitale, l'hypochondrie.

Mais, s'il est une catégorie de troubles imputables à l'abus du tabac sans contestation possible, ce sont les TROUBLES CARDIAQUES ou, pour parler d'une manière plus générale, CIRCULATOIRES qui consistent essentiellement en modifications du rythme cardiaque et en sensations douloureuses de l'ordre des angines de poitrine.

La plupart des grands fumeurs ont de l'*arythmie cardiaque*, pouvant aller jusqu'aux faux pas du cœur et aux intermittences vraies. Quand le fumeur dépasse sa dose habituelle, il est rare qu'on n'observe pas chez lui alternativement une période d'excitation cardiaque avec accélération des battements suivie d'un ralentissement quelquefois très prononcé de ceux-ci. J'ai maintes fois observé sur d'autres et sur moi-même ces variations dans le rythme cardiaque qu'on peut produire pour ainsi dire à volonté en graduant, supprimant ou reprenant l'usage du tabac.

On trouvera dans les leçons de M. Henri Huchard, sur les maladies du cœur et des vaisseaux, l'étude la plus complète qui ait été faite des *angines de poitrine tabagiques*. On y lira que, outre les accidents imputables à l'action du ou des poisons contenus dans la fumée du tabac sur les centres nerveux et les pneumogastriques, il y a lieu de tenir grand compte de l'action tétanisante du tabac sur le système musculaire et les vaisseaux : « Le tabac est non seulement un poison cardiaque, mais aussi et surtout un poison artériel. » L'action vaso-constrictive du tabac produit non seulement l'ischémie des centres nerveux et l'ischémie cutanée, mais l'ischémie du myocarde par spasme des coronaires. Il se peut même, suivant le médecin de l'hôpital Bichat, que la permanence de la tension artérielle excessive entretenue par le spasme des vaisseaux périphériques devienne une cause d'artério-sclérose généralisée avec localisation de sclérose dystrophique sur le myocarde. Il y aurait donc lieu de distinguer parmi les accidents d'angor pectoris auxquels sont exposés les fumeurs, deux premières catégories : l'une, angine de poitrine fonctionnelle, par spasme passager des coronaires, sans lésion du myocarde, et qui est relativement bénigne, car la suppression du tabac la guérit promptement (*a. spasmo-tabagique*) — et

une angine de poitrine organique, causée par la sclérose descoronaires, et par conséquent durable et grave à cause de son substratum anatomique (*a. scléro-tabagique*).

Aux deux catégories précédentes, M. Huchard ajoute une troisième forme d'angine de poitrine fonctionnelle, « *gastro-tabagique*, la plus bénigne de toutes, d'origine indirectement tabagique, puisqu'elle résulte des troubles digestifs fréquents produits par le tabac (gastralgie, dilatation de l'estomac et insensibilité de sa muqueuse) ».

Certains *troubles dyspnéiques*, observés chez les fumeurs, reconnaissent peut-être pour mécanisme le retentissement de l'estomac sur le cœur tel qu'il a été indiqué par M. Potain, la dilatation du ventricule droit servant d'intermédiaire entre les troubles gastriques et les sensations dyspnéiques du malade.

Un des caractères remarquables de l'intoxication par le tabac, c'est la facilité avec laquelle se produit l'*accoutumance* à ses effets, et la rapidité avec laquelle disparaissent presque tous les accidents qu'il produit, quand on cesse d'être soumis à l'action du poison.

Au point de vue de la tolérance, on relève de très grands écarts entre les individus. M. Ern. Besnier enseigne que les arthritiques sont en général très vite intoxiqués par le tabac. M. le professeur H. Soulier (de Lyon) divise les Français en deux classes au point de vue de la résistance à l'intoxication tabagique : celle qui se rattache à la race franque et germanique, à cheveux blonds, à peau blanche, à tempérament lymphatique, qui supporte très bien nos tabacs fortement nicotinés ; l'autre qui se rapproche des races du midi, à cheveux chatains ou noirs, à peau brune, à tempérament lymphatico-nerveux qui devrait s'abstenir de tout tabac riche en nicotine et même de tabac quelconque.

Je n'ai rien à dire de la *prophylaxie* de l'intoxication nicotinique. Elle ressortit à la mode, aux usages, à l'éducation et m'entraînerait sur un terrain qui n'est pas le mien.

Mais que faire pour *guérir* les gens qui présentent des accidents imputables à l'abus du tabac ? — Essayer d'abord de les convaincre que c'est bien le tabac qui les rend malades ; ce n'est pas toujours aisé. — Et ensuite ? Leur demander la renonciation absolue, la *suppression brusque*? C'est souvent le meilleur moyen, mais on se heurte le plus souvent à un refus énergique, ou même quelquefois à une impossibilité physiologique ; car la suppression brusque du tabac peut être suivie des phénomènes dits d'*abstinence* que provoque la suppression de la morphine chez les morphinomanes ; malaises variés et intolérables, somnolence, apathie invincible, hypochondrie.

On obtiendra plus facilement la *diminution graduelle* par divers artifices. On recommandera de ne fumer qu'en plein air, des tabacs du Levant, de diviser les cigarettes en deux et de s'imposer de n'en fumer chaque jour qu'un nombre déterminé qu'on aura placé le matin dans son étui à cigarettes. Pour l'homme marié on aura un allié utile dans la femme.

On recommandera aux individus ayant de l'angine de poitrine de ne pas séjourner dans les lieux où l'on fume, même s'ils ne fument pas.

P. Le Gendre.
Médecin des hôpitaux de Paris.

HYGIÈNE PUBLIQUE

I

Déclaration obligatoire des maladies infectieuses.

Dans sa séance du 24 juin 1891, la Société de Médecine publique et d'hygiène professionnelle a discuté le projet Drouineau sur la *déclaration des affections contagieuses*. Plusieurs amendements ont été proposés par les docteurs Napias, Lagneau, etc., et après un éloquent discours du Dr Brouardel, la Société a émis le vœu suivant :

1° La déclaration des affections transmissibles est obligatoire ;

2° Cette déclaration doit être faite par le médecin aussitôt son diagnostic établi, et à défaut du médecin, par le chef de famille ou les personnes qui soignent le malade ;

3° Les maladies pour lesquelles la déclaration est obligatoire sont : le choléra, la variole, la fièvre typhoïde, la dysenterie épidémique, la diphthérie, la scarlatine, la rougeole, la suette, la coqueluche. Cette nomenclature pourra être modifiée par arrêté ministériel suivant avis conforme du comité d'hygiène et de l'Académie de Médecine ;

4° Elle doit s'appliquer indistinctement à tous les cas des affections ci-dessus désignées.

Tel est, dans sa forme concise, l'énoncé de propositions capables d'amener les législateurs à l'étude d'une loi sanitaire, sans laquelle toute coercition deviendrait inutile et sans effet. Espérons que bientôt l'administration supérieure saura exiger de ses subordonnés en police sanitaire, l'application du règlement qu'elle aura établi en même temps qu'elle demandera au corps médical le sacrifice d'une des prérogatives professionnelles qui lui tient le plus au cœur !

Le congrès international d'hygiène de Londres vient aussi de voter qu'il y a lieu de rendre la déclaration des cas de maladies infectieuses obligatoire tant pour les médecins que pour les chefs de famille.

II

La santé des vaches laitières à Paris.

Dans la même séance, M. Robin a fait part de ses recherches *sur la santé des vaches laitières* à Paris, et a donné quelques aperçus sur la *production du lait*, dans le département de la Seine :

L'espèce bovine semble être prédisposée à deux maladies : la péripneumonie et la tuberculose.

Tout d'abord, la péripneumonie est très fréquente à Paris. M. Robin en a compté 300 cas environ de janvier 1885 à janvier 1889, sur un effectif de 3,000 bêtes bovines environ. D'une contagiosité reconnue et incontestable, cette maladie porte ses localisations sur le poumon, la plèvre et même le péricarde... Elle se manifeste par de l'hépatisation pulmonaire, lobaire ou lobulaire, et quelquefois par un épanchement dans la plèvre. Souvent mortelle, la péripneumonie éclatant dans une vacherie se propage très rapidement. Du reste, la loi du 21 juillet 1881 prescrit, moyennant indemnité, l'abatage immédiat de l'animal atteint de péripneumonie et même, dans certains cas, conseille l'abatage de tous ceux qui habitent le même toit.

Disons cependant, pour rassurer le public, que jusqu'ici, on n'a pas cité de fait authentique de

sa transmission à l'homme par l'usage alimentaire de la viande ou du lait.

Si la tuberculose est très commune dans l'espèce laitière, elle est rare à Paris. En effet, depuis l'application du décret (loi du 28 juillet 1888), application qui a suivi le Congrès de la tuberculose, et qui a classé celle-ci parmi les maladies contagieuses tombant sous le coup de la loi, le service des inspections de la Seine n'a trouvé que 24 fois cette grave maladie sur 20.000 laitières. En 1889, sur 57.000 vaches de toutes provenances, abattues à la Villette, à Villejuif, à Grenelle, on n'a relevé que 67 cas de tuberculose, tandis qu'en Bavière, en Alsace, le nombre d'animaux atteints de tuberculose dépassait 2 0/0.

Ajoutons cependant que la phthisie des vaches évolue insidieusement et lentement. Ce n'est que tardivement qu'elle produit le marasme et la cachexie.

Du reste, la surveillance rigoureuse des abattoirs ne saurait laisser passer les viandes d'animaux tuberculeux. La loi du 21 juillet 1881 les exclut de la consommation, de même qu'elle défend l'usage du lait provenant de vaches tuberculeuses.

En face de ces garanties, doit-on toutefois redouter la contagion par le lait ?

La consommation du lait à Paris s'élève environ à 500.000 litres par jour. Sa provenance est variable ; tantôt il arrive de la petite banlieue, tantôt d'un rayon de 25 à 50 kilom. autour de Paris. Dans ce cas, il a subi après la traite certaines préparations qui enrayent la fermentation. Enfin, il provient de vacheries urbaines et alors il est consommé sur place ; aussitôt après la traite, on porte de la vacherie, à domicile.

Les vachers ou nourrisseurs établis dans la capitale voient leur nombre s'accroître de jour en jour. En 1887, on comptait 500 nourrisseurs pour prés de 7.000 vaches laitières. Leurs étables sont, en général, assez bien installées sous le rapport de l'hygiène et de la distribution, certaines toutefois péchant par défaut de propreté. Les charges considérables du propriétaire de l'étable, le prix de la paille, et la difficulté d'emmagasiner les fourrages, sont autant de causes qui, avec la concurrence, font parfois diminuer le nombre des palefreniers et servants destinés au pansage des animaux.

Ces inconvénients, du reste, ne sauraient influer sur la qualité du *lait* ; car rien n'est négligé à Paris pour l'alimentation des vaches ; or, de celles-ci dépend la qualité du lait. La nourriture qu'on leur donne est abondante, variée ; et, si elle n'a pas les qualités de l'herbe des pâturages, elle a cependant le mérite d'avoir été bien comprise et bien dosée.

De plus, le nourrisseur parisien, ayant plus que tout autre, le besoin d'un rendement plus important, sait choisir les bonnes laitières ; et, si l'on voit chez lui des vaches hollandaises, flamandes, normandes ou suisses, c'est parce que ces différentes races produisent bon et pendant longtemps.

Les raisons qui précèdent nous autoriseront donc à affirmer que le lait de Paris n'est pas un aliment de mauvaise qualité. Son extrait sec donne, en moyenne, 130 gr. par litre. Mais, si nous envisageons la stabulation permanente, le nombre et les rapports continuels existant entre les étables et les nourrisseurs, nous ne pouvons nier que les animaux se trouvent placés dans une situation éminemment favorable aux contagés. Ce qui explique pourquoi le département de la Seine est devenu un foyer permanent de péripneumonie. Dans ces conditions, le lait deviendra un aliment insalubre ; et, si l'expérimentation n'a pas encore démontré la communication directe à l'homme de la tuberculose bovine par l'usage du lait, elle a établi scientifiquement que le lait devenait virulent et que la communication pouvait en être dangereuse.

Comme conclusions, l'hygiène a le devoir de prévoir et de conjurer, et si la statistique prouve que la phthisie n'est pas aussi fréquente qu'on a tendance à le croire, il n'en est pas moins vrai que cette affection sur les vaches laitières commande au législateur de prémunir le public contre ses dangers.

Notre vœu portera donc sur l'examen sanitaire fréquent des vaches laitières et sur l'analyse du lait, soit au départ, soit à l'arrivée ; dans tous les cas, que la surveillance soit confiée à des inspecteurs soucieux de la santé publique !

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La consultation des Conseils généraux, au sujet du maintien ou de la suppression de l'officiat.

Mon cher Confrère,

Le syndicat médical du *Loiret*, dans sa dernière assemblée générale, confirmant ses décisions antérieures, s'est prononcé à l'unanimité (*y compris des officiers de santé présents*) pour la suppression de l'officiat et a décidé qu'une démarche serait faite dans ce but prés du préfet et du Conseil général.

Il a trouvé le meilleur accueil pour ce vœu et le Conseil général s'est prononcé pour la suppression.

Je tenais à vous en avertir. Et je profite de l'occasion pour vous demander s'il ne serait pas intéressant de savoir quelles démarches ont été faites et quels résultats ont été obtenus.

Pourquoi ne publierait-on pas dans le journal une note pour demander à nos confrères de faire connaître :

1° Quelle a été la décision du Conseil général dans leur département ?

2° Si une démarche avait auparavant été tentée par les associations médicales ?

Nous aurions là des documents qu'il serait utile de connaître. Et la chose aurait une valeur véritable si l'on pouvait envoyer les pièces officielles : *rapport*, *discussion* et *vote* qu'on pourrait obtenir dans les préfectures à bref délai, ou plus tard dans toutes les mairies.

Je les demanderai pour le Loiret et, quand je les aurai, je vous les enverrai.

Tous ces documents ont une véritable valeur et personne ne les publie, il faut que le *Concours* les centralise.

Si une polémique s'engage à propos de la discussion au Sénat, nous aurions entre les mains les réponses mêmes qui auront été envoyées à la commission sénatoriale.

Or je suis convaincu qu'il suffit de demander ces documents pour les recevoir, car le *Concours* compte des conseillers généraux ou des médecins influents dans tous les départements et ils

pourront facilement se procurer les pièces et vous les envoyer.

Il serait intéressant de connaître en même temps pour chaque département le nombre des docteurs et le nombre des officiers de santé qui exercent. Les mêmes correspondants pourraient donner ces résultats qui seraient rigoureusement exacts.

Il suffit d'insérer cette demande dans 2 ou 3 numéros consécutifs, puis un rappel au bout du mois.

Veuillez, cher confrère, agréer, etc.

Dr A. Gassot.

Chevilly, 22 août 1891.

En conséquence de la lettre de M. le Dr Gassot nous prions nos confrères de lui envoyer :

1° Le rapport, la discussion et le vote au sujet de la suppression ou du maintien de l'officiat dans leurs Conseils généraux.

2° Le chiffre des docteurs et officiers de santé exerçant dans leurs départements respectifs.

M. le Dr Gassot se chargera volontiers de faire le travail général que comportera la réception de ces documents.

Adresse : *M. le Dr Gassot ; Chevilly (Loiret).*

Voici quelques extraits de lettres récemment reçues sur ce sujet.

M. le Dr Gestin, conseiller général, m'annonce que l'Assemblée départementale du Finistère a voté sans discussion la suppression de l'officiat de santé. Mais ce qui importerait beaucoup plus au corps médical, ce serait la loi sur l'assistance publique etc...

Dr Maréchal (Brest).

A la suite de mon rapport, le Conseil général du Tarn a voté la suppression de l'officiat à l'unanimité. Il a voté le vœu que les officiers de santé puissent exercer sur tout le territoire et que l'assistance médicale soit, au plus tôt, réalisée ; je suis très heureux de vous annoncer ce succès de la cause que le *Concours* a si bien défendue etc....

Dr Sicard (d'Albi).

Le Conseil général de la Mayenne vient de voter à l'unanimité la suppression de l'officiat.

Dr M. Etlier (Laval).

J'ai soutenu, devant le Conseil général, la suppression de l'officiat et j'ai obtenu un vote conforme aux conclusions de mon rapport, vote d'autant plus heureux que nous sommes en minorité dans la commission du Sénat.

Professeur Cornil.

Sur la demande d'un de nos correspondants, nous publions la circulaire suivante :

Préfecture de la Seine. — Direction des affaires municipales, 2e division. — 2e bureau.

Formalités et conditions à remplir pour les incinérations.

1° *Décès survenus à Paris.*

Prévenir la Mairie au moment de la déclaration du décès et y remettre :

1° Une demande écrite adressée au Maire, sur papier timbré, et signée par un membre de la famille ou toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles ;

2° Un certificat du médecin traitant attestant que la mort est due à une cause naturelle (1). (Ce certificat sera établi sur papier timbré. Si la signature du médecin n'est pas connue à la Mairie, elle devra être légalisée par le Commissaire de police.)

Prévenir les Pompes funèbres en même temps que la Mairie, en raison des fournitures spéciales.

La Mairie se charge de faire prévenir le médecin qui, aux termes de la loi, doit procéder à une contre-visite du corps de la personne décédée ; elle s'entend, au moyen du téléphone, avec l'Administration centrale (Bureau des cimetières, rue Lobau, 2), pour la fixation du jour et de l'heure de l'incinération, d'accord avec la famille et en tenant compte des nécessités du service. Aucune incinération ne peut avoir lieu avant 9 heures du matin, ni après 2 heures de l'après-midi.

2° *Décès survenus en dehors de Paris.*

L'incinération, aux termes du décret du 29 avril 1889, devant être autorisée par l'officier de l'état civil du lieu du décès, c'est à la Mairie du lieu du décès que doivent être produites les pièces nécessaires : à Paris, il n'est besoin que de fournir au Bureau des cimetières, 2, rue Lobau :

1° L'autorisation d'incinération délivrée par le Maire ;

2° L'autorisation de transport du corps délivrée par le Préfet de Police.

Pour la mise en bière et le transport on se conformera aux instructions données par M. le Ministre de l'Intérieur aux Préfets (circulaire du 25 mai 1890).

Les cercueils amenés à l'appareil crématoire ne devront pas dépasser les dimensions suivantes :

Largeur, $0^m 60$.
Longueur, $2^m 00$.
Hauteur, $0^m 50$.

Il est expressément recommandé de ne pas habiller le cadavre, mais de se borner à l'envelopper dans un suaire, et de n'introduire dans le cercueil aucune étoffe, papier, ni substance quelconque.

A l'arrivée au monument crématoire, le cercueil, retiré du char, est porté d'abord dans la salle d'attente où la famille et les assistants sont admis ; il est ensuite transporté dans la salle d'incinération, où les plus proches parents du décédé, au nombre de trois au plus, peuvent être autorisés à accompagner le corps et à rester dans la salle d'incinération pendant la durée de l'opération.

Les cendres sont recueillies dans une urne dont la fourniture est à la charge des familles ; celles-ci sont libres d'adopter la forme et la matière qu'elles jugent convenables, si cette urne doit être placée dans une sépulture particulière.

Si les cendres doivent être déposées dans un columbarium de la Ville de Paris, l'urne doit avoir les dimensions suivantes :

(1) Au cas où ce certificat ne pourrait être fourni, le médecin assermenté délégué par le Maire devrait procéder à une enquête sommaire, dont il consignerait les résultats dans son rapport.

Hauteur 0m, 28.
Longueur, 0m, 48.
Largeur, 0m, 28.

TARIF

Le tarif des crémations a été fixé, par délibération du Conseil municipal du 27 décembre 1889, approuvée par arrêté préfectoral du 30 du même mois, de la manière suivante :

1re classe } 2e — }	250 fr.
3e —	200
4e —	150
5e — et corps amenés directement de l'extérieur	100
6e — } 7e — } 8e — } Service ordinaire }	50
— gratuit	Néant.

Quant à la tenture du monument crématoire, elle est fournie aux familles par l'Administration des Pompes funèbres, conformément au tarif fixé par décision préfectorale du 20 avril 1889.

BULLETIN DES SYNDICATS

Un syndicat médical s'est formé à Paris. Nous en avons publié les statuts. Son apparition a été saluée par des critiques acerbes, de la part de quelques journalistes.

M. le Dr Monnet, membre du Concours médical, répond en ces termes à ces attaques, dans le journal *La France* :

Les Syndicats Médicaux.

La création d'un syndicat médical à Paris, la reconnaissance légale de ces sortes d'associations par la nouvelle réglementation de l'exercice de la médecine, tout cela a fait couler des flots d'encre. Nos collègues en journalisme ne nous ont ménagé ni les ironies, ni les sarcasmes, ni les blâmes. Leur prose est acide à notre endroit.

Des médecins syndiqués, associés pour défendre leurs droits ! Fi donc ! Des médecins qui veulent des honoraires à présent ! Mais c'est l'abomination !

Je suis très à mon aise pour parler des syndicats médicaux, car, jusqu'à ce jour, je ne suis d'aucun. On voudra donc bien m'accorder au moins l'indépendance de la pensée et de l'appréciation.

Eh bien ! je dirai en toute franchise à ceux qui rient des efforts tentés par les médecins, ou bien qui s'en indignent, que tous leurs dithyrambes et toutes leurs diatribes ne sont que des noix creuses. Il est admis dans l'esprit du monde qu'une profession, pour être vraiment libérale, doit obliger celui qui l'exerce à mourir de faim. C'est ce que le grand public appelle de la dignité professionnelle. Voici un médecin qui soigne un enfant atteint de croup ou de fièvre typhoïde, qui passe auprès de lui de longs instants, qui scrute son esprit pour établir convenablement son traitement, qui réconforte le patient et ceux qui l'entourent, et quand sa tâche est finie, cet homme-là n'a plus qu'à se confiner dans sa dignité professionnelle et attendre son client jusqu'à ce qu'il lui plaise de payer ! Les nécessités matérielles de la vie, l'éducation de ses enfants, le rang que vous l'obligez à tenir, tout cela ne compte pas pour un médecin. Qu'il soigne ou guérisse les autres, son rôle à lui sera de crever de faim au nom de la dignité professionnelle qu'on lui a fabriquée tout exprès !

C'est, sans exagération aucune, les apocalyptiques raisonnements que j'ai entendus ou lus. Prenez garde, nous disent les conseilleurs, prenez garde de faire de la plus noble des professions le plus ordinaire des métiers. Pardon, messieurs ! Je proteste ici au nom de toutes les professions libérales sans exception.

Je dis qu'une profession est noble par essence et par destination, mais qu'elle ne s'avilit pas quand elle assure une honorable et légitime indépendance. Je dis que les honoraires versés au médecin pour ses visites ne le diminuent pas devant son malade, non plus que ceux versés à l'avocat pour ses paroles ou au journaliste pour ses écrits. A ce propos je lisais dernièrement un article de Ranc qui s'indignait avec autant d'autorité que de justesse et de mesure contre certains journaux lesquels s'approprient des articles qu'ils ne font que découper. Le syndicat des journalistes parisiens ferait-il acte blâmable s'il obligeait les pillards à rendre gorge ? Ce serait justice, à mon avis. Vous voyez donc bien qu'en littérature comme en médecine l'art pur ne nourrit pas son homme. Si notre cerveau se contente des capiteuses senteurs de la pensée et de la science, notre ventre veut s'emplir de substances plus tangibles, et comme le ventre est le foyer de la machine cérébrale, il faut bien, coûte que coûte, satisfaire l'un pour faire marcher l'autre.

Les attaques dirigées contre cette association, contre le syndicat, sont d'autant plus injustes qu'elles pourraient ne laisser supposer chez nos confrères que des instincts mercantiles. Rien ne serait plus inexact. Le médecin, quel qu'il soit, où qu'il se trouve, sait qu'une partie de son temps devra être donnée aux pauvres et aux malheureux. Le syndicat n'a pas pour but de faire rendre gorge à ces déshérités. Ce serait faux et odieux de lui prêter semblable intention.

Ceux qu'il vise surtout, ce sont les gens appartenant à la race si nombreuse à Paris et en province, des bourgeois enrichis dans l'huile ou la saucisse, et pour lesquels l'égoïsme est une règle, la rapacité un dogme.

La bourgeoisie actuelle, avec ses appétits et ses bassesses, ne demande pas mieux que d'être malhonnête quand on ne le lui reproche pas, et d'être canaille quand elle s'abrite derrière des préjugés. Le même bourgeois qui ne paye pas son médecin est celui qui s'entend avec la libraire pour lire tous les journaux du jour en ne déboursant rien ou presque rien. C'est le même qui verse une provision à son avocat, qui donne un acompte à un peintre ou à un sculpteur, avec la ferme intention de leur poser le lapin final.

C'est ce bourgeois microcéphale, dont le cerveau serait mieux dans son intestin que dans son crâne, que vous entendez se vanter à l'estaminet ou dans le cercle de ses connaissances d'avoir été consulter le docteur X... ou Y... en renom, de lui avoir payé 50 fr. sa consultation. On le regarde avec admiration, et il ajoute ordinairement : « J'ai été guéri aussitôt ; ce n'est pas

comme avec mon médecin qui faisait durer la maladie pour me soutirer de l'argent. » — On daube sur ce médecin qui ne peut se défendre, et on décide de ne pas payer un charlatan de cette trempe. Attrape, mon confrère.

Je vous prie de croire que rien n'est exagéré, que rien n'est faux dans ce que j'avance. J'ai entendu dire par des gens qui ne me savaient pas médecin : « On paye le docteur quand on a fini de payer ses dettes. » C'est assez indiquer qu'il ne le sera jamais. Ce sont ces mêmes gens qui, au moindre bobo, s'indignent quand le médecin ne quitte pas assez vite la table où il mange à la hâte, le lit où il repose avec inquiétude. Ce sont ceux-là qui vendraient leur vilaine âme pour un louis, qui disent que tous les journalistes sont des vendus ou des voleurs. Voilà, mes chers collègues en journalisme, l'ennemi que visent les syndicats médicaux. C'est celui qui ne voit en médecine comme en art, comme en littérature, qu'un ton à se donner ou des naïfs à exploiter. L'imbécile est ici doublé d'un filou. Trouvez-vous que ce soit la plus noble des professions de soigner gratis ces acéphales incurables ?

Et puis, le syndicat médical n'aurait-il pour autre résultat que de nous débarrasser des forbans de la médecine, il ne faudrait pas s'en plaindre. Quand de leurs poitrines les médecins honnêtes crieront au public : « Celui qui te dupe, qui te leurre, dont le nom s'étale en le voisinage gluant et sale des urinoirs, qui sans honte et sans pudeur te promet par de cyniques réclames une guérison qu'il est impuissant à te donner, celui-là est un fourbe et un menteur » ; quand ils auront fait cela, dis-je, les médecins du syndicat auront-ils fait si mauvaise besogne ?

Je ne puis donc admettre l'incompatibilité créée entre une profession et les avantages légitimes qu'elle comporte. J'estime et j'affirme que le médecin français, même s'il se fait payer, restera un type de dignité et d'honneur professionnel. Le médecin de campagne de Balzac donnait aux pauvres ce qu'il touchait des riches. Le puissant auteur de la Comédie humaine se connaissait en hommes, et nous avons le droit d'être fiers que notre profession soit synthétisée dans cette figure admirable et vraie de Bénassis.

A ce moment-là on ne connaissait pas la loi sur les syndicats. C'est possible. Je ne sais pas si cela valait mieux. Mais, toutes choses égales d'ailleurs, je ne vois pas pourquoi notre temps applaudit aux résultats du syndicat des omnibus de Paris, alors qu'il se montre hostile à l'éclosion des syndicats médicaux. On sait que le médecin est calme et doux de son naturel ; on ne craindra pas avec lui l'apparition des sergents de ville ni des soldats pour refréner l'ardeur de ses revendications. Et comme le bourgeois n'aura pas peur, il criera très fort.

Dr Monnet.

Syndicat départemental des Médecins de la Mayenne.

Assemblée générale ordinaire du syndicat à Laval, le 11 juillet 1891. Présidence de M. le Dr Cellier, président du syndicat.

La séance s'ouvre à 2 heures, à l'Hôtel-Dieu de Laval.

Le secrétaire lit un compte rendu des travaux du syndicat pendant le semestre écoulé. Le syndicat a perdu un de ses memb.es, le très regretté Dr Tertrais, de Château-Gonthier, décédé en mars 1891. — Deux autres membres ont quitté le département. — Il y a cinq nouvelles adhésions, ce qui porte le nom des médecins syndiqués à 44.

Le trésorier rend compte de l'état de la caisse qui contient 200 francs.

I. *Communications d'intérêt local.* — Sur la plainte de plusieurs médecins de Laval lui signalant certains faits de délivrance exagérée de médicaments à la charge d'une religieuse de Saint-Berthevin, M. le Président s'est adressé à Madame la supérieure générale des sœurs de la Charité d'Evron, et a reçu de celle-ci une lettre constatant que des ordres ont été donnés pour mettre fin à cet abus.

M. le Dr Mauny (de Lassay) signale au syndicat un fait d'exercice illégal de la médecine, suivi de la mort du patient commis par un affranchisseur du Horps. Le parquet de Mayenne a déjà commencé une enquête à ce sujet. Le syndicat émet à l'unanimité un vœu qui sera transmis à M. le Procureur de la République, demandant que des poursuites soient exercées contre le coupable non seulement pour homicide par imprudence, mais aussi pour exercice illégal de la médecine.

II. *Certificats médicaux. Assurances.* — M. le Président cite l'arrêt récent de la cour d'appel, qui a décidé que les compagnies d'assurances sur la vie n'ont pas le droit d'exiger de leurs clients un certificat de leur médecin habituel. Par conséquent, les médecins feront toujours bien de refuser en principe des certificats de cette nature concernant leurs clients. A ce sujet il cite un cas tout récent où, dans un certificat de ce genre, le secret professionnel a été violé.

Droits de l'enregistrement. — Un des membres du syndicat s'est vu infliger par l'administration de l'enregistrement une amende de 120 francs, pour avoir délivré sur papier libre un certificat pour coups et blessures, qui a été ensuite produit en justice. Notre confrère a obtenu la remise entière de cette amende à la suite des démarches du bureau. A ce sujet, M. le Président rappelle que tous les certificats en général doivent être formulés sur papier timbré. On ne peut faire dérogation à cette règle que dans le cas où il est possible de faire figurer dans le certificat la mention suivante : « Délivré sur la réquisition de.... « (une autorité judiciaire ou administrative). »

III. *Exercice illégal de l'art des accouchements.* — Deux matrones des environs de Laval qui exerçaient depuis de longues années les fonctions de sages-femmes sans aucuns titres ont été poursuivies à la requête des sages-femmes et condamnées à 100 francs d'amende chacune. Le tribunal, par application de la loi Béranger, leur a fait remise de la peine ; il en résulte qu'en cas de récidive elles seront condamnées au maximum. M. le Président a reçu une plainte au sujet d'une sage-femme de l'arrondissement de Laval, qui a l'habitude de pratiquer dans sa clientèle des opérations (forceps, etc.). Il a mandé chez lui cette sage-femme pour l'avertir qu'au premier fait de ce genre elle serait poursuivie conformément à la loi de ventose an XI.

IV. *Loi sur l'exercice de la médecine.* — Au moment où la nouvelle loi allait venir en discus-

sion devant la chambre, le Bureau du syndicat a adressé aux sénateurs et aux députés de la Mayenne, ainsi qu'aux membres de la commission parlementaire, un mémoire contenant les observations de nos confrères au sujet de ce projet de loi. Le syndicat décide qu'une démarche de même nature sera faite auprès des membres du Conseil général, si cette assemblée vient à être saisie de l'enquête faite au nom de la commission du Sénat.

L'assemblée est ensuite amenée à se prononcer sur la suppression des officiers de santé par un projet de vœu présenté par M. Varangot, officier de santé à la Gremelle, qui demande : 1° La suppression du grade d'officier de santé comme dans le projet voté par la Chambre ; 2° La possibilité pour les officiers de santé actuels d'échanger leur diplôme contre celui de docteur en passant des examens, et en attendant la suppression de la disposition de la loi qui leur interdit d'exercer en dehors des limites d'un département. Ces conclusions sont adoptées.

V. *Projet de loi sur l'exercice de la pharmacie.* — Le Président donne lecture du projet de loi en discussion devant la chambre. Il présente à ce sujet les observations du Bureau. L'assemblée, après discussion de chacun des articles signalés qui contiennent des dispositions préjudiciables aux intérêts et à la dignité du corps médical, adopte le sens des conclusions du Bureau, et charge celui-ci de faire, à ce propos, des démarches analogues à celles qui ont été entreprises pour la loi sur l'exercice de la Médecine. Le Bureau est aussi engagé à provoquer un mouvement d'opinion analogue parmi les autres syndicats.

La séance est levée à 4 heures. 22 membres étaient présents.

Le Secrétaire,
Dr H. Bucquet.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous signalons, pour le moment, les *Conseils généraux* suivants qui ont voté la suppression de l'officiat : Ain, Allier, Haute-Vienne, Hérault, Cantal, Finistère, Seine, Mayenne, Loiret, Tarn, Aube, Aveyron, Cher, Haute-Garonne, Indre-et-Loire et Vendée.

Ont voté le maintien : la Seine-Inférieure, la Lozère, la Seine-et-Marne.

— D'après les documents publiés au *Journal Officiel*, les recettes des Facultés de médecine pour l'exercice 1890, se sont élevées à 759,455 fr. ; savoir : Paris, 321,317 ; Bordeaux, 56,039 ; Lille, 117,269 ; Lyon 108,612 ; Montpellier, 82,211 ; Nancy, 74,007. D'autre part, les dépenses ont été de 716,184 fr. ; savoir : Paris, 306,127 ; Bordeaux, 53,932 ; Lille, 103,030 ; Lyon, 101,360 ; Montpellier, 81,413 ; Nancy, 70,322.

En résumé, les recettes ont dépassé les dépenses de 43,271 fr. Nous donnons ces chiffres sans commentaires.

(*Bulletin médical.*)

— Parmi les *membres du Concours* qui ont été nommés *officiers d'académie* nous avons omis d'indiquer M. le Dr Marie, de Saint-Aignan (Loir-et-Cher).

ADHÉSION A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

MM. les Drs Barillet, de Paris, présenté par M. le Dr Gorski, de Neuilly-sur-Seine ;

Gaillard, de Bouqueron-les-Bains (Isère), membre de la Société de protection des enfants du 1er âge.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de MM. les Drs Deluze, de Coutras (Gironde) ; Bellencontre (Elie), de Drucourt (Eure) ; Prévot, d'Harbonnières (Somme) ; Bogros, de Château-Chinon (Nièvre).

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'Ecole de Médecine
4, rue Antoine-Dubois, 4

Guide pratique des Sciences médicales, publié sous la direction du Dr Letulle, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des Hôpitaux.

Nous ne saurions mieux faire pour éclairer le praticien sur la valeur de notre **Guide pratique** que de reproduire textuellement l'article paru dans le *Bulletin général de thérapeutique*, dirigé par le Dr Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine.

Voici ce qui a été dit de notre encyclopédie de poche :

« C'est un véritable chef-d'œuvre que ce *Guide pratique des sciences médicales* qui vient de paraître, car on trouve réuni dans ce petit volume tout ce qui a trait à la médecine, à la chirurgie, à l'obstétrique. Rien n'est omis : maladies cutanées, électricité médicale, odontologie, analyse des urines, toxicologie, tout est traité, et c'est un véritable tour de force de la part des auteurs d'avoir réussi à condenser ainsi toutes les connaissances indispensables de l'art médical.

On est surpris, en lisant cet ouvage, de voir résumés en quelques lignes les symptômes, les complications, le diagnostic et le traitement de chaque maladie ; les détails les plus minutieux y ont trouvé place.

La partie thérapeutique est des plus soignées, et outre les paragraphes spéciaux consacrés au traitement à la fin de la description de toutes les affections, il existe quatre formulaires : 1° un formulaire général extrêmement bien fait ; 2° un formulaire spécial pour les maladies de la peau, renfermant les principales formules des maîtres en dermatologie ; 3° un formulaire spécial pour les maladies des nouveau-nés et des entants ; 4° un formulaire spécial d'odontologie.

Ce qui caractérise essentiellement ce manuel, c'est que, conçu et exécuté par des jeunes, il est absolument pratique et tout à fait au courant des idées les plus modernes. Aussi est-il appelé, à notre avis, à un grand et légitime succès ; en effet, tout médecin voudra le posséder et sera, comme nous, charmé de trouver réunis dans le même volume tant de documents.

Il nous reste, en terminant, à féliciter chaudement les auteurs et la *Société d'Editions scientifiques* d'avoir si heureusement mené à bien la tâche difficile qu'ils s'étaient tracée ; ils ont voulu faire œuvre utile et ils ont grandement réussi. »

N. B. — Le **Guide pratique des sciences médicales** forme un beau volume *cartonné* de 1.500 pages et est expédié franco contre un mandat-poste de 12 francs, adressé à M. le Directeur de la *Société d'Editions scientifiques*, 4, rue Antoine-Dubois.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY,

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

L'hygiène et les maladies des Juifs.

Décidément l'imputation d'être prédisposés à l'épilepsie, à l'aliénation mentale et au diabète et de vivre en Epicuriens qui ne croient pas à l'immortalité de l'âme avait vivement ému les membres Israélites de l'Académie.

La spirituelle riposte de M. Germain Sée à MM. Lagneau et Javal s'est continuée par une statistique de M. *Worms*, d'où il résulte qu'en 25 ans sur plus de 26,000 malades traités à l'hôpital de Rothschild il n'a été observé que 77 cas d'épilepsie vraie, proportion très inférieure à celle qui se rencontre dans les grandes agglomérations administratives ou ouvrières. Cette rareté de l'épilepsie chez les Israélites est confirmée par le professeur Oser, médecin de l'hôpital Israélite de Vienne depuis 22 ans, par la statistique de la Salpêtrière (39 cas seulement d'épilepsie chez des Juifs en 13 ans); de Bicêtre dont les épileptiques sont soignés par M. Féré qui dans son récent traité sur l'épilepsie ne signale pas l'influence étiologique de la race Juive.

Mais, si l'épilepsie est rare chez les Juifs, M. Worms reconnaît avec le professeur Charcot qu'ils sont prédisposés aux neurasthénies, à l'hystérie, au tabes, à la goutte et au diabète.

M. Worms proteste contre la prétendue propension des Juifs à la poursuite excessive de la richesse et du bien-être ; il cite comme preuve du contraire l'élan tout particulier qui les porte en France vers la carrière militaire où l'on trouve l'honneur et la dignité, mais non la richesse ou le bien-être, ni même la certitude de vivre longtemps. Sur 25,000 officiers combattants et assimilés, l'Annuaire militaire donne la proportion de 222 officiers israélites pour la première catégorie et de 43 pour la seconde, soit un total de 263, ensemble 1/94e, alors que la population juive ne représente que 1/560e de la population totale de la France.

Après une courte réplique de M. Lagneau et de M. Javal, qui persistent dans leur opinion, M. *G. Sée* a pris une seconde fois la parole avec non moins de brio que la première. Il s'est égayé aux dépens de certaines « élucubrations déposées dans le *Bulletin de la Société d'anthropologie* » par quelques auteurs partisans d'une pathologie spéciale aux Juifs ; la citation qu'il en fait est vraiment assez amusante. Voici ce qu'aurait écrit Bordier :

« ... Les Israélites ont pendant longtemps passé pour avoir une réelle immunité vis-à-vis de la peste et de la foudre... Si en réalité la statistique indiquait que la peste et la foudre les atteignent moins fréquemment, cela prouverait une immunité due moins à la nature spéciale de leur organisme qu'à leur genre de vie sédentaire et à leurs professions habituelles qui les mettent à l'abri de la contagion et des accidents de fulguration. Ainsi le tænia est rare parmi eux, mais cela tient uniquement à leur habitude de ne pas faire usage de la viande de *porc* (?). Le croup et le goître sont rares chez eux. Le diabète est au contraire fréquent. Ils semblent avoir une aptitude réelle à la musique et à l'aliénation mentale. » Parmi toutes ces affirmations, celle qui est relative au diabète n'est pas plus acceptée par M. Sée que les autres : malgré l'autorité de Frerichs, Seegen et Bouchard, qui ont trouvé 25 % d'Israélites sur les diabétiques qu'ils ont soignés, il critique la manière dont ces auteurs ont établi leurs statistiques, Frerichs et Seegen ayant eu à soigner tous les Juifs diabétiques de l'Allemagne et Bouchard n'ayant observé que des Juifs vivant dans les conditions où les chrétiens deviennent aussi souvent diabétiques, c'est-à-dire hommes de bureau ou de comptoir, aisés ou riches, inactifs au point de vue musculaire, actifs au point de vue cérébral et vivant confortablement.

Quel que soit l'humour avec laquelle M. Sée a défendu son opinion, il nous paraît sur ce point n'avoir pas réfuté ses adversaires, et de toute cette discussion il nous semble ressortir que pour l'épilepsie et l'aliénation mentale il y aurait en effet erreur à les croire plus fréquentes chez les Juifs, mais qu'en ce qui concerne les autres névroses et le diabète, leur prédisposition est très probable.

Néphrite infectieuse puerpérale.

M. *Charpentier* a cité l'observation d'une jeune femme qui eut huit jours après son accouchement des frissons suivis d'hyperthermie et de transpiration pendant plusieurs jours sans qu'on pût trouver de lésion de l'utérus ni des annexes ; on institua cependant des injections intra-utérines de sublimé, on fit le curetage de l'utérus qui à un accouchement antérieur avait fait disparaître chez la même malade des accidents de septicémie puerpérale. Rien n'y fit : les mêmes accès fébriles continuèrent pendant six semaines. Alors survinrent des accès de dyspnée et de vomissements qui firent porter par M. Duguet le diagnostic de néphrite infectieuse, bien qu'il n'y eût pas alors d'albuminurie. Ce symptôme apparut enfin et confirma le diagnostic, ainsi que l'amélioration rapide par le régime lacté exclusif.

M. *Tarnier* pense que dans le cas observé par M. Charpentier les accidents fébriles étaient des accidents septiques, malgré l'absence de lésion apparente des organes génitaux, et la néphrite n'a été que l'expression tardive de l'infection.

Traitement de l'incontinence nocturne d'urine.

Le docteur *van Trantan* (de la Haye) considère cette infirmité comme due à l'insuffisance du sphincter de la vessie, qui permet à l'urine de couler dans la partie supérieure de l'urètre, d'où elle est expulsée par l'action réflexe du muscle detrusor urinæ. Le fait que les enfants mouillent leur lit deux heures après s'être couchés prouve que cet accident n'est pas dû à la distension de la vessie. Le traitement doit donc consister à empêcher l'urine de descendre dans l'urètre *en relevant le pied du lit.* Il a obtenu 14 guérisons par ce simple moyen en prenant la double précaution de ne pas faire boire l'enfant et de lui faire vider sa vessie avant de se coucher.

Elimination des corps étrangers du nez.

Le docteur *Slaton* décrit une méthode très simple — qu'il appelle *pneumatique* — pour obtenir la sortie des corps étrangers des fosses nasales chez les enfants : l'opérateur place un linge fin sur la bouche de l'enfant ; il appuie un doigt sur la narine qui ne contient pas le corps étranger, de manière à en oblitérer complètement la lumière. Alors, il applique sa bouche sur celle de l'enfant, et pousse deux ou trois souffles énergiques. Le docteur Slaton emploie ce procédé depuis dix ans, et il affirme que, neuf fois sur dix, le corps étranger a été chassé hors de la narine. Le procédé peut, en effet, être utile dans certains cas. (*Médecine moderne.*)

REVUE DE CHIRURGIE

I. *De l'hépatorraphie.* — II. *De l'entéro-anastomose pour tumeur du cœcum.* — III. *De la cure radicale des hernies.* — IV. *De l'extension continue appliquée au membre inférieur.*

Pendant les vacances de la *Société de chirurgie* c'est l'Académie de médecine qui bénéficie des communications chirurgicales.

M. *Gérard Marchant* a pratiqué avec succès l'*hépatorraphie* chez une femme ayant eu, il y a

FEUILLETON

La tenue médicale.

La beauté, a-t-on dit, est le plus radieux diadème dont le hasard puisse couronner un front. Cela s'applique surtout aux femmes ; pourtant, il y a des hommes qui s'imposent par leur allure extérieure, par leur belle prestance, la régularité de leurs traits, etc.

Ils n'abondent peut-être pas dans le monde médical ; mais enfin, il y a parmi nos confrères pas mal d'hommes favorisés qui séduisent au premier abord et commandent une sympathie spontanée. C'est un grand avantage, certainement, pour les propriétaires de ces avantages réputés à tort comme futiles, si surtout le dedans répond au dehors, si le *mens sana in corpore sano* des anciens a reçu une nouvelle justification.

En général, on ne nous demande pas de descendre plus ou moins directement d'Adonis, ce qui est fort heureux, et on nous permet une certaine dose de laideur, pourvu qu'elle soit compensée par n'importe quoi, par un reflet intelligent, par la bonté du sourire, par le moindre rien avenant qui détourne l'attention. — Il y a un autre correctif, que je recommande aux plus disgraciés d'entre nous, et même à ceux qui n'ont pas une physionomie déplorable, c'est la correction de leur tenue, le soin de leur personne.

Ce n'est pas seulement à la campagne qu'on se néglige ; même à la ville, même à Paris, on voit des fils d'Hippocrate revêtus de houppelandes sordides, de chapeaux antédiluviens. Ils n'ont rien respecté, ni l'elbeuf de leur redingote, ni le castor de leur couvre-chef, ni les dimensions de leurs ongles en deuil, et ils voudraient qu'on les respectât ; c'est trop demander à l'espèce humaine qui a l'habitude de juger d'un tableau d'après son cadre.

Or, le public, lorsqu'il voit quelqu'un de râpé, de maculé, est facilement porté à conclure que son cerveau est également lézardé, que son intelligence doit avoir des vides et montre une trame grossière.

Même dans le sanctuaire de la justice (et nous en avons eu récemment la preuve dans le procès de Mme de Jonquières, de Toulon), magistrats, jurés, journalistes, avocats et curieux subissent l'impression du premier coup d'œil, lancé vers le monsieur ou la dame que les gardes poussent au banc d'infamie. On entend des oh ! d'étonne-

quatre ans, un kyste hydatique guéri à la suite d'une opération. Après être restée quelque temps assez bien, cette femme avait été prise à la région du foie de douleurs vives avec tendances syncopales. A l'examen de l'abdomen on constatait l'existence d'un rein mobile et la présence à la région hépatique d'une tumeur très-mobile dépassant de cinq travers de doigt les fausses côtes. Après avoir pratiqué une laparotomie exploratrice, G. Marchant trouva la face inférieure du foie absolument saine et constata que la tumeur était le foie lui-même très mobile et qu'il était ramené facilement en place par la moindre pression. Il fixa alors le foie à la paroi abdominale et au péritoine par des sutures faites avec des fils de soie qui traversaient le bord antérieur de l'organe en passant dans le tissu hépatique, à 4 cent. de ce bord, depuis l'extrémité droite jusqu'à l'extrémité gauche. La malade guérit très bien ; six mois après l'opération, le foie reste bien en place et les douleurs ne se sont pas reproduites. La néphrorraphie pour le rein mobile fut pratiquée quelques semaines plus tard.

II. M. *Chaput* a pratiqué l'entéro-anastomose en un temps chez un homme de 58 ans qui présentait une tumeur de la fosse iliaque dure, douloureuse et peu mobile. Le diagnostic de carcinome du cœcum fut porté et confirmé au moment de l'opération qui consista d'abord en une incision médiane de 12 centimètres ; puis la dernière anse de l'intestin grêle et l'S. iliaque furent amenées dans la plaie médiane et suturées, l'une à l'autre, sur une hauteur de 5 centimètres, par deux étages de sutures de Lambert, à points séparés. On fit ensuite sur chaque viscère une incision de 4 à 5 centimètres et on sutura à points séparés les deux muqueuses des lèvres postérieures de l'incision. Sur les lèvres antérieures, on fait successivement la suture des muqueuses, puis deux plans séro-séreux. Le malade rentrait chez lui guéri au bout de 18 jours. Il est encore en bonne santé quoiquo se plaignant de douleurs liées à la présence de sa tumeur.

L'entéro-anastomose présente des avantages considérables sur la résection qui est une opération grave en raison de l'étendue de la tumeur, elle évite le passage des matières sur les surfaces ulcérées, elle empêche l'inflammation de la tumeur et la putréfaction des matières intestinales avec l'empoisonnement et la diarrhée qu'elle comporte. Enfin le malade n'est pas exposé à l'occlusion intestinale qui est la terminaison habituelle du carcinome de l'intestin.

III. M. *J. L. Championnière* publie la statistique fort intéressante de 254 cures radicales de hernies qu'il a pratiquées en 10 ans.

Sur ces 254 opérés, il n'y a eu que 2 morts. L'un de ces opérés était dans des conditions détestables, et l'autre, atteint d'étranglement interne, a succombé sans que M. Championnière en ait été prévenu. Le remède à la complication eût été facile, car le cas était fort simple.

Mais les chances de mort pour un opéré de choix sont évidemment bien autrement faibles, car M. Championnière a opéré des cas détestables avec un succès régulier. Il cite, par exemple, une femme de 51 ans, petite, pesant 100 kilogr., opérée d'une hernie ombilicale mesurant 18 centimètres à sa base, d'où on a réduit l'estomac, le côlon transverse, un mètre d'intestin grêle. Elle a bien guéri et a repris un métier pénible.

Une femme avait une hernie descendant au genou. Elle est restée guérie malgré deux accouchements. M. L. Championnière a souvent enlevé des masses énormes d'épiploon, 540, 620 et même 840 grammes. Dans deux cas de hernie de vessie largement ouverte, les opérés ont guéri.

Malgré cette bonne statistique, M. L. Championnière considère l'opération comme difficile et devant être meurtrière et inutile, si elle n'est pas faite dans des conditions déterminées et suivant une méthode assez compliquée. Si la méthode

---

ment sympathique ou des *peuh* de mépris décourageant. — Le verdict sera proportionnel à cette première impression ; les circonstances atténuantes sont d'avance acquises à l'accusé, mâle ou femelle, dont l'attitude sera correcte et la figure agréable à contempler.

C'est le jugement des yeux qui atténue singulièrement parfois les périls de la comparution.

Je ne nomme pas Phryné, qui, dans l'antiquité, eut à bénéficier d'autres avantages que ceux que peut nous procurer un vêtement de coupe irréprochable ; mais il n'y a pas d'exemple qu'une femme bien mise et passablement jolie ne se soit tirée à bon compte du plus accablant réquisitoire.

La faute diminue, racontée par une jolie bouche ; la salle devient indulgente spontanément et éprouve le besoin d'innocenter la coupable. Depuis le greffier jusqu'au municipal, les voix s'adoucissent ; jusque dans les questions les plus banales du président on sent frissonner un respect.

C'est qu'au fond, notre caractère national n'a jamais pu s'habituer complètement au désaccord profond qui existe parfois entre l'aspect d'un individu et son caractère moral.

Il faut que cet enseignement ne soit pas perdu pour les médecins et qu'ils s'efforcent de conquérir d'avance la bienveillance de leur jury pathologique, je veux dire de leur clientèle, par leurs dehors, par leur façon de se présenter, par leur propreté, par leur entourage et même par leur attelage, par la correction de leur installation et de tout ce qui les accompagne.

Dans les livres hippocratiques, traduits par M. Egger, on trouve déjà des instructions sur le sujet qui nous intéresse : « C'est une recommandation pour le médecin d'avoir bon visage et juste embonpoint, selon son tempérament. Car d'un médecin mal portant on pense d'ordinaire qu'il ne saura pas non plus soigner bien les autres. Il faut ensuite qu'il soit net sur sa personne, bien vêtu, et qu'il use de parfums agréables et dont l'odeur n'ait rien de suspect. Car tout cela dispose le malade en sa faveur. »

— Dans le livre *De la bienséance* se rencontrent des conseils analogues : « Point d'affectation dans les vêtements, une tenue grave, de l'urbanité, une parole sobre, aucune ostentation. »

— Dans les *Préceptes*, certains passages sont encore relatifs au vêtement, aux abus de la parole.

Transportons-nous tout de suite au dix-huitième siècle et ouvrons Hufeland et Frank : Pour eux aussi, le médecin doit avoir une tenue con-

est bonne, les résultats sont bons. Le plus grand nombre des opérés n'a pas porté de bandage. Ils cessent rapidement de porter une ceinture protectrice que M. Championnière recommande pour les premiers mois. Dans certains cas mauvais, il faut recommander un bandage léger et large pour éviter une défense cicatricielle insuffisante.

Les conditions indispensables de l'opération sont :

1° Destruction de la séreuse dans la plus grande étendue possible jusque dans le ventre ;

2° Destruction de tout l'épiploon accessible possible à attirer dans le sac ;

3° Constitution dans la région herniaire de la défense par une cicatrice puissante d'étendue.

Le total de 254 cas se décompose ainsi :

Hernies inguinales : hommes, 205 dont 59 congénitales ; femmes, 17 ;

Hernies crurales : 11 femmes, 3 hommes ;

Hernies ombilicales : 17, dont 11 grosses hernies ombilicales de la femme, et 6 hernies épigastriques, dont 5 chez l'homme et 1 chez la femme.

Hernie traumatique, 1.

Parmi les hernies inguinales de l'homme, les plus satisfaisantes sont les congénitales qui se présentent chez des sujets dont la paroi est souvent assez bonne. Il y a du reste beaucoup de hernies qui ne passent pas pour être congénitales et qui le sont en réalité et participent de ces caractères favorables.

Les 17 cas de hernie inguinale de la femme, joints aux autres variétés de hernies opérées chez la femme, permettent d'affirmer que chez toute femme jeune, la cure radicale est indispensable et assurée de donner des résultats efficaces. Les connexions avec les organes génitaux font de cette hernie de la femme une hernie douloureuse, à laquelle la cure porte un remède efficace.

Les 14 cas de hernie crurale montrent une opération qui donne d'excellents résultats, mais témoignent de la facilité qu'il y aurait de la faire imparfaite.

La hernie ombilicale est peut-être celle qui donne les résultats les plus frappants.

Les petites hernies épigastriques qui sont très douloureuses donnent des résultats également très satisfaisants. M. Championnière a eu deux fois l'occasion de réséquer le ligament suspenseur du foie dans des hernies très douloureuses. Son extrémité antérieure faisait issue avec le sac.

La hernie traumatique opérée est restée bien guérie, malgré une surface énorme d'opération.

Le danger couru dans ces conditions étant extrêmement faible, si certaines conditions sont observées, on peut affirmer que la cure radicale doit être aujourd'hui la règle et non l'exception, mais avec les réserves suivantes qui réduisent dans une certaine mesure le champ des opérations.

Chez les très jeunes enfants l'opération n'est guère à conseiller. Sauf des cas exceptionnels, on n'a pas assez de tissus entre les mains pour s'assurer une action étendue et l'opération ne manque pas de quelque danger. A partir de l'âge de 6 ou 7 ans il en est tout autrement.

Chez le vieillard l'opération est dangereuse et il ne faut la faire que sur une indication pressante, surtout en présence d'accidents qui compromettent la santé générale.

Même chez les sujets ayant dépassé la quarantaine, il faut être prudent : l'opération ne doit leur être accordée qu'en présence d'accidents déterminés : douleur, irréductibilité, incoercibilité, troubles digestifs, impossibilité de travail, etc.

Le volume énorme de la hernie n'est une bonne indication à aucun point de vue ; le chirurgien doit beaucoup plus chercher à empêcher une hernie de devenir très volumineuse qu'attendre ce gros volume pour intervenir.

---

venable, la finesse du sens, la probité, etc.., etc.

Bien d'autres, après eux, ont parlé contre les excentricités ou les négligences extérieures, contre les hardiesses de ton, les crudités de langage, contractées dans le quartier latin, et dont trop de médecins ne cherchent pas à se défaire à leur entrée dans la carrière.

— Sourions, si vous le voulez, des médecins trop pommadés, trop parfumés, trop modernes, pour lesquels le soin efféminé de leur petite personne semble être l'unique préoccupation ; mais n'oublions pas que le vrai bon ton est celui de la simplicité sans abandon, de l'urbanité sans affectation et de la gravité sans excès.

Les mouvements et les attitudes du corps, la bienséance des gestes ont leur importance et vont parfois de pair avec le *decens habitus* de l'âme. On a dit, que l'âge blanchissait à la fois les idées et les cheveux ; malgré cette menace et cet arrêt d'autant plus justifié, qu'il faut aujourd'hui plus de vigueur intellectuelle pour se tenir au courant des fréquentes évolutions de la science moderne, j'engage nos aînés à laisser la neige tomber simplement sur leur tête, au lieu de chercher à réparer l'irréparable par des teintures ou des cosmétiques, qui contribuent à jeter un certain discrédit, un ridicule réel, sur ceux qui s'en servent. J'ai vu plaisanter d'une façon assez amère, dans les réunions médicales, les confrères qui portaient perruque et ne savaient pas prendre bravement leur parti de la caducité inévitable. En somme, une couronne de cheveux blancs reste une couronne et elle en impose toujours, même à notre époque de démocratie à outrance.

Un dernier mot. Malgré ce qu'on a écrit sur la simplicité des demeures de Dupuytren, Marjolin, Lisfranc, Chomel, Andral, Louis, etc., j'estime que, sans viser au luxe, sans tomber dans l'exagération, les médecins font bien d'avoir un intérieur confortable, surtout lorsque leurs ressources les y autorisent. Les habitudes de bien-être, d'élégance, la recherche artistique, ont pénétré partout et le public a le tort, comme je l'ai déjà fait entendre, de proportionner la valeur d'un médecin à son train de vie. Il est devenu nécessaire de traiter le public superficiel et impressionnable comme il veut être traité. Qu'on en gémisse ou non, la simplicité n'est plus de mode : soyons donc fin de siècle !

D^r Grellety (de Vichy).

Chez les sujets de 7 à 10 ans on doit au contraire être très généreux de l'opération. D'abord toutes les hernies qui présentent des accidents sont justiciables de l'opération : hernies douloureuses, irréductibles, incoercibles, croissant de volume, etc. Tous les sujets voulant se passer de bandage peuvent être opérés ; tous les sujets voulant faire disparaître la trace de la hernie, tous ceux dont le travail l'exige, tous ceux dont la situation sociale peut bénéficier de sa disparition, service militaire, profession de voyageur, mariage, etc.

L'habile chirurgien de l'hôpital Saint-Louis ne fait des réserves que pour les sujets malades et cachectiques, pour ceux qui ont de mauvaises parois abdominales effondrées par des hernies multiples.

La hernie inguinale congénitale doit être opérée sans exception, surtout lorsqu'il y a ectopie testiculaire.

Enfin, chez la femme dans les conditions de jeunesse suffisante, l'opération devrait être pratiquée sans exception, puisqu'elle présente pour elle des bénéficos plus assurés encore et la débarrasse de l'imminence d'accidents particulièrement graves.

IV. — De l'extension continue appliquée au membre inférieur (1).

C'est une méthode de traitement qui donne les meilleurs résultats dans les fractures du fémur, dans les arthrites de l'articulation de la hanche, etc.; elle a été vulgarisée et perfectionnée par un de nos confrères parisiens, le Dr J. Hennequin. Ayant usé très souvent de cette méthode soit en ville, soit dans différents services de chirurgie, il vient d'exposer, avec la conviction que donne l'expérience, les règles scientifiques qui doivent guider le chirurgien dans l'application de cette méthode.

Lorsqu'on veut mettre un membre inférieur dans l'extension continue il faut faire certains préparatifs et avoir à sa disposition l'appareil dit de Hennequin qui comprend : 1° une petite gouttière métallique, crurale, destinée à maintenir les fragments dans leur position normale. En cas de nécessité, tout chirurgien peut improviser une semblable gouttière, soit avec du plâtre, des brins d'osier, du silicate, du zinc, des attelles passées dans les coulisses de bandes doubles disposées transversalement. Lorsqu'il s'agit de traiter une fracture du col du fémur ou une coxalgie, cette gouttière n'est pas indispensable.

2° Une ou deux serviettes cylindrées ou en toile roide selon qu'on se sert ou non de la gouttière. La serviette cylindrée sert de lacs extenseur, l'autre sert à garnir la gouttière. La première de 80 à 90 cent. de côté est étalée en forme de losange sur une table ; deux des angles amenés à son centre lui donnent la forme d'un hexagone. Les deux côtés repliés, enroulés chacun trois fois sur eux-mêmes, viennent se juxtaposer parallèlement à la diagonale, puis sont superposés. La serviette présente alors la forme d'une cravate, large de quatre doigts, longue d'un mètre environ. L'autre serviette pliée en double est étalée dans l'intérieur de la gouttière, qu'elle dépasse en haut et en bas en se moulant sur elle. Après l'avoir dédoublée, on dispose sur la partie qui correspond au fond de la gouttière une couche d'ouate assez épaisse, de 20 cent. de largeur sur 30 ou 35 de longueur. On ramène par-dessus la ouate le côté dédoublé de la serviette : on a alors une sorte de matelas qui tapisse tout le fond de la gouttière et dont les bords restent couverts par les côtés pendants de la serviette.

3° Deux bandes en toile neuve autant que possible, de 10 à 12 mètres de longueur sur 5 cent. de largeur.

4° Une livre d'ouate. A la campagne on peut remplacer les bandes et l'ouate par plusieurs bas superposés, chaussés sur le pied et la jambe du membre blessé.

Lorsque tous ces préparatifs sont terminés, on débarrasse le membre malade de l'appareil provisoire et on procède à sa mensuration qu'Hennequin conseille de pratiquer de la manière suivante. On applique suivant une ligne horizontale passant par les deux épines iliaques antéro-supérieures de chaque côté un mètre ruban ou un simple ruban et au niveau de l'interligne articulaire du genou une ficelle que l'on fait pénétrer par traction dans l'interligne, en déprimant le ligament rotulien relâché. Avec un autre mètre ruban, on mesure, à vol d'oiseau, c'est-à-dire en évitant les dépressions et les reliefs, la distance qui sépare sur l'un et l'autre membre, le bord supérieur du ruban iliaque de la ficelle condylienne, on a approximativement la longueur des deux fémurs.

Après cette mensuration, on s'occupe de préparer le lit : on découd le bord du matelas d'un côté depuis son angle inférieur jusqu'à un travers de main au-dessous d'une ligne transversale correspondant au pli du creux poplité du membre malade. La bourre est enlevée dans cette étendue sur une largeur de 25 à 30 cent. ; celle qui dépasse la ligne transversale est refoulée en haut de manière à donner plus de résistance au plan qui devra supporter la cuisse malade. Si on ne pouvait donner à la jambe le degré de flexion voulu, ce plan serait élevé au moyen de la bourre retirée.

Les deux toiles du matelas sont réunies aux limites de la bourre avec de fortes épingles de nourrice. Il en résulte un espace vide quadrilatère destiné à recevoir la jambe fléchie.

Un aide placé au pied du lit saisit d'une main le calcanéum, de l'autre, les métatarsiens du pied du membre blessé qu'il soulève doucement en exerçant une traction modérée, et l'amène au-dessus de l'espace vide. L'opérateur dispose régulièrement sur le pied, la jambe et le quart inférieur de la cuisse la ouate qui formera une couche d'environ quatre travers de doigt, enroule les bandes de toile, l'une de bas en haut jusqu'au-dessus de la rotule, l'autre de haut en bas. Une bande de tarlatane mouillée est appliquée sur le pied et le bas de la jambe, dans le but de bien cacher la ouate.

Le bandage ouaté compressif régulièrement fait a une épaisseur de deux travers de doigt et conserve au membre sa forme. La pression exercée par les bandes sera modérée ; trop forte, elle détermine un engourdissement douloureux, blesse les téguments qui recouvrent l'arête du tibia et la face dorsale du pied ; trop faible, elle n'empêche pas l'œdème des parties déclives. Si la tête du péroné est très saillante, on la coiffe

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 août 1891.

d'un petit rouleau de ouate disposé en fer à cheval.

L'appareil compressif terminé, le milieu du lacs extenseur (serviette pliée en cravate) est placé sur la face antérieure de la rotule. Ses chefs dirigés, l'un en dedans et en arrière, l'autre en sens contraire, se croisent obliquement sur la face postéro-supérieure du mollet; puis, changeant de côté après leur entrecroisement, ils circonscrivent obliquement la partie supérieure de la jambe et sont noués ensemble sur la ligne médiane à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen du tibia. Cette disposition représente un 8 de chiffre dont l'anneau supérieur embrasse l'extrémité inférieure du fémur sans lui transmettre aucune traction et dont l'anneau inférieur entoure la partie supérieure de la jambe dont il est séparé par le bandage compressif. Le rôle de l'anneau supérieur est d'empêcher le glissement de l'inférieur sur la face postérieure du mollet lorsque la jambe est fléchie; celui de l'anneau inférieur, de transmettre intégralement la force de traction au squelette du segment inférieur à travers la ouate et les muscles du mollet.

La gouttière préalablement garnie est glissée doucement sous la cuisse légèrement soulevée; la jambe est fléchie lentement jusqu'à ce que son talon repose sur le sommier ou le second matelas.

On fixe alors par un simple nœud coulant une des extrémités de la cordelette à l'anneau inférieur du lacs extenseur; en dedans du nœud de ce dernier, si la rotation du membre est interne, en dehors quand elle est externe, et sur le nœud même si l'attitude est régulière.

Un poids de deux ou de trois kilos, selon la force musculaire du sujet, est attaché à l'autre extrémité de la cordelette qui passe sur une poulie de réflexion.

M. Hennequin emploie de préférence une poulie bobine à longues branches qui maintiennent le poids à une certaine distance du dossier du lit, évitant ainsi les frottements, les secousses et les arrêts. La largeur et la profondeur de la gorge de la poulie permet de faire une traction oblique sans que la cordelette grippe sur les crêtes de la gorge et sur les angles aigus des branches qui la supportent.

Après cette installation on exerce une traction modérée sur le genou pour bien étaler la cuisse dans la gouttière, et mettre les fragments dans une meilleure position, sans toutefois se préoccuper de leur réduction. Souvent, par la simple position du membre, on constate une correction notable, parfois complète de la déformation.

Avant de fermer la gouttière, on dispose entre ses bords et les faces interne et externe de la cuisse, des rouleaux de ouate fortement serrée, d'un volume variant avec l'espace vide à combler, et dépassant en haut les limites de la gouttière. Ces rouleaux seront renforcés dans la partie qui correspond à la saillie formée par les fragments, évidés dans le point correspondant du côté opposé.

L'extrémité inférieure du rouleau latéral chargé de réprimer une saillie osseuse, sera effilée; celle du rouleau opposé, renflée, afin de ne pas entraver le mouvement que devra exécuter le fragment inférieur pour corriger la déviation en dehors de son extrémité supérieure. Quand la saillie est antérieure, les deux rouleaux seront régulièrement cylindriques; mais transversalement sur la partie saillante, on placera un tampon de ouate assez épais.

La cuisse bien soutenue, bien calée dans la gouttière, on placera sur sa *face antérieure*, une couche épaisse de ouate. Un des bords pendants de la serviette est alors ramené par dessus la ouate, puis une attelle de 35 centimètres de longueur est placée longitudinalement sur la saillie des fragments; sur le tout est étalé l'autre bord de la serviette; puis les lacs sont baclés.

Le malade peut dès lors s'asseoir et rester assis.

L'appareil est surveillé avec soin.

Tous les deux jours, au poids initial, le chirurgien ajoute 1 kilo jusqu'à ce que la traction soit égale à 4 kilos chez les adolescents et les femmes, à 5 kilos chez les adultes de force moyenne et à 6 kilos chez les hercules. Ce dernier poids peut même être dépassé, lorsqu'on a à traiter une deuxième ou une troisième fracture, ayant laissé après elles un raccourcissement plus ou moins notable.

L'attitude du membre doit être vérifiée de temps à autre. La rotation externe s'accentue-t-elle, on fixe la cordelette en dehors du nœud du lacs extenseur, à une distance plus ou moins grande selon le degré de rotation. Quand, au contraire, c'est la rotation interne qui est exagérée, après avoir replacé la jambe dans son attitude normale, on porte en dedans du nœud, la boucle de la cordelette.

Si le talon devient douloureux, on dispose entre les toiles flottantes du matelas un rouleau de linge ou d'ouate sous le talon d'Achille.

Il est inutile de tenter la réduction de la fracture avant que la force de traction ait atteint son maximum, car généralement elle se fait d'elle-même.

Lorsque après, et même avant la résorption des épanchements, on constate une déviation d'un des fragments en avant, on place directement sur l'extrémité saillante un tampon de ouate sur lequel on exerce une pression à l'aide de l'attelle; les bords de la gouttière serviraient de points d'appui si la déviation était interne ou externe, et le fond de la gouttière si elle était en arrière. Les fragments soumis à la double action de la pression directe et de l'extension, reprennent facilement leur position normale, car l'extension est le plus puissant moyen de coaptation.

A quel moment convient-il de poser et de lever l'appareil? Le chiffre 5 doit être présent à la mémoire des chirurgiens; c'est autour de lui qu'oscillent la plupart des nombres dont on doit conserver le souvenir dans le traitement par l'extension.

Le moment le plus propice pour poser l'appareil est le cinquième jour après l'accident.

La durée moyenne du traitement est de 50 jours, 5 dizaines; de 5 semaines chez les adolescents et les enfants.

Le raccourcissement moyen de la cuisse après une fracture au niveau ou au-dessus de sa partie moyenne, est de 5 centimètres.

L'allongement que l'on peut obtenir après une ostéotomie oblique du fémur pour corriger une déformation de la cuisse consécutive à un cal vieux, à une luxation irréductible, est encore de 5 centimètres.

Il est bien entendu que, si le cinquième jour est le moment le plus propice pour appliquer l'appa-

reil, il n'est pas un terme extrême au delà duquel on ne puisse plus espérer un résultat irréprochable.

D'après M. Hennequin, toute fracture du fémur non encore consolidée par un cal osseux, est justiciable de l'extension continue qui donne souvent des résultats tout à fait inespérés au point de vue de la correction des déplacements, quels qu'ils soient.

C'est une question fort difficile à résoudre que celle de la levée de l'appareil. Les uns enseignent que 35 jours suffisent pour la consolidation d'une fracture du fémur chez l'adulte ; d'autres soutiennent que ce n'est qu'après 90 ou 100 jours qu'on doit permettre aux malades de se lever et de marcher. Hennequin pense que souvent, 50 jours après l'application de l'extension, on peut mettre le membre en liberté ; mais ce terme n'a rien d'absolu. Avant de lever l'appareil, il faut soumettre le cal à des pesées, à des épreuves répétées et énergiques ; si, huit jours après, le cal n'a pas augmenté de volume, n'est pas devenu douloureux, si le membre n'est pas œdémateux, on peut permettre au blessé de se lever et de marcher avec des béquilles.

Dans le traitement des coxalgies, l'extension, qui dure des mois et des années, doit laisser aux malades la plus grande liberté de mouvement ; la traction est progressivement augmentée jusqu'à ce que les douleurs aient disparu.

Les ankyloses fibreuses de la hanche peuvent être aussi guéries radicalement par cette méthode d'extension continue en y ajoutant la gymnastique faite par le malade sous l'extension. Dans les arthrites aiguës ou subaiguës, elle fait disparaître les douleurs, en même temps qu'elle prévient les ankyloses. Enfin, dans les ankyloses avérées, elle rétablit les mouvements sans réchauffer l'inflammation.

« Encore quelques années, dit M. Hennequin en terminant cette étude pleine d'enseignements pratiques, et les appareils inamovibles employés dans le traitement des coxalgies seront abandonnés, comme ils le sont déjà dans celui des fractures du fémur. »

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'article suivant, que publie M. le Dr Magitot, est à tel point une accumulation d'erreurs matérielles que nous ne pouvons croire que l'auteur connût la loi Chevandier, lorsqu'il l'a élucubré, et nous le prouvons. Voici ce que dit M. Magitot :

La loi Chevandier.

Au directeur du Temps :

L'article 1er supprime les officiers de santé ; il n'admet qu'un seul titre médical, celui de *docteur*. Ajoutons tout de suite que, par une étrange contradiction, la loi maintient les deux degrés de pharmaciens et les deux classes de sages-femmes (1). Or, la suppression des officiers de santé entraînera la disparition *d'un quart* des médecins exerçant en France, alors qu'il est de *notoriété* publique que le nombre des médecins est depuis longtemps chez nous absolument insuffisant (2). Sur 38,000 communes il en est 29,000 qui sont absolument privées de tout secours médical ; 163 cantons sont dans le même cas (1). On prétend que là où les officiers de santé manqueront, il y aura prédominance de docteurs. Erreur complète, car il a été prouvé que la diminution du nombre des uns, dans une région déterminée, entraîne la réduction proportionnelle des autres. Ces chiffres nous sont fournis par un important document communiqué par MM. les docteurs Brouardel et Martin au comité consultatif d'hygiène publique en 1886.

Les choses ont-elles donc changé depuis cette époque ? Nullement, et l'on est en droit de se demander comment M. Brouardel, qui, il y a cinq ans, défendait si énergiquement le maintien des officiers de santé, s'est rallié, comme commissaire du gouvernement devant la Chambre, à leur suppression (2).

Il a certainement fallu des raisons considérables pour amener un tel revirement d'idées. Ces raisons reposent exclusivement sur la loi militaire, qui n'accorde, comme on sait, le bénéfice du service d'un an qu'aux seuls docteurs et aux internes des hôpitaux. Alors, la commission parlementaire, d'accord avec le gouvernement, a résolu le sacrifice des officiers de santé plutôt que de demander à la Chambre un article additionnel à la loi militaire ou d'attendre de l'administration certaines mesures par lesquelles l'officier de santé sous les drapeaux pourrait être utilisé, sans grand retard pour ses études, en qualité de sous-aide ou même d'infirmier, dans les services de santé de l'armée.

Quoi qu'il en soit, il faut le répéter, le maintien des officiers de santé s'impose si l'on veut sauver les campagnes de l'invasion toujours menaçante des empiriques et des charlatans. Qui donc, si ce n'est l'officier de santé, pratiquera la médecine cantonale, la surveillance des nourrices et des nourrissons ? Qui dénoncera à l'autorité l'apparition d'une épidémie locale ? Qui pratiquera dans les campagnes la vaccination en un temps où l'on songe à la rendre obligatoire et légale ? Comment, enfin, songe-t-on à lutter contre l'exercice illégal de la médecine si l'on commence par supprimer le quart des médecins pratiquants ? (3).

Dans un autre article de la même loi, le cumul des professions de médecin et de pharmacien est interdit. Est-ce au nom de la liberté qu'on prétend défendre à un individu qui a fait l'effort de se procurer deux titres et deux diplômes, d'exercer simultanément les deux professions auxquelles ils donnent droit ? En vertu du même principe, un médecin ne pourrait donc être en même temps ingénieur, architecte ou avocat ? Voilà un article qui est vraiment contraire à la justice, à la raison, et l'on se reporte immédiatement à cette disposition si équitable de la loi de l'an XI qui non seulement admettait le cumul, mais autorisait le médecin exerçant dans les petits centres de population dépourvus de pharmacien à délivrer lui-même le médicament qu'il a cru devoir prescrire. Ne sait-on pas quelles difficultés on rencontre, dans les campagnes, à se procurer à grande distance, chez le pharmacien de la ville, le médicament qui parfois peut arriver trop tard ? (4)

(1) Ceci est une erreur, puisque la loi sur l'exercice de la pharmacie n'est pas votée.

(2) Erreur, puisqu'on ne fait que 100 officiers de santé par an, contre 600 docteurs en médecine et qu'on ne supprime pas les officiers de santé. On n'en fait plus : ce qui est différent.

(1) Alors le Dr Magitot veut un médecin par commune !! Il se charge donc de leur fournir un budget !

(2) C'est uniquement parce que cette statistique était erronée et qu'on l'a reconnu.

(3) Tous ces arguments sont enfantins ; M. Magitot, ignorerait-il que les docteurs en médecine remplissent toutes ces fonctions ?

(4) M. Magitot pense donc que la loi Chevandier n'a pas réservé aux médecins le droit d'exercer la pharmacie, dans certains cas ! Nous ne croyons pas nécessaire de continuer ces commentaires.

Un autre point très vivement attaqué dans la loi est l'article relatif aux dentistes. Ici, l'on est depuis longtemps d'accord sur la nécessité de protéger la santé publique contre l'ignorance ou la témérité de ces praticiens improvisés, exotiques ou non, entre les mains desquels se sont produits tant d'accidents graves ou même mortels, ainsi que l'ont prouvé certains procès retentissants. L'art dentaire ne consiste plus, en effet, à extraire plus ou moins habilement une dent, mais à traiter les maladies de la bouche, et cela par tous les moyens dont dispose la thérapeutique, narcotiques, poisons, caustiques, antiseptiques, anesthésiques, etc., sans oublier maintes opérations chirurgicales qui ont, là comme ailleurs, leur gravité et leurs périls.

On a donc déclaré unanimement que *l'art dentaire fait partie de la médecine*. En vertu d'une telle déclaration, on devait s'attendre à ce que la loi nouvelle exigerait purement et simplement du dentiste, pratiquant une branche de la médecine, le diplôme médical. Point du tout, et, considérant alors qu'il serait excessif de réclamer de lui le grade de docteur qui, en certains pays, l'Autriche, par exemple, est cependant obligatoire ; ne pouvant, d'autre part, lui attribuer le titre d'officier de santé que l'on supprime, on a imaginé la création d'un nouveau diplôme ou brevet, celui de *dentiste*. Mais on n'a nullement pensé aux inconvénients et même aux dangers de l'institution d'un nouveau grade médical ; on n'a point défini les attributions du nouveau praticien. Où commencera son intervention ? où finira-t-elle ? A-t-on songé que bien des maladies de la bouche et même des dents ont leur cause dans l'état général, ou réciproquement ? *Y a-t-il donc deux* pathologies, deux thérapeutiques, celle de la bouche et celle du reste du corps ? En vérité, voilà un article qui est à la fois antimédical et antiscientifique.

Que dire maintenant de l'article qui supprime les médecins étrangers exerçant en France, car c'est les supprimer que d'exiger d'eux le diplôme français sans accepter aucune équivalence de titres étrangers ? C'est une disposition protectrice, dira-t-on ; nous ne pouvons être de cet avis, et nous y voyons bien plutôt une mesure antilibérale en même temps qu'une atteinte portée à notre vieux renom d'hospitalité. Si un tel article était maintenu, ne pourrions-nous pas nous attendre à de justes représailles envers nos médecins français établis dans les autres pays ? Croit-on, en outre, que la suppression des médecins étrangers profitera aux médecins nationaux ? Il n'y faut point songer, et le seul effet à attendre sera de restreindre considérablement dans nos stations hivernales et balnéaires l'élément étranger, qui est une importante source de transactions et de richesse pour le pays.

Tels sont les points essentiels où éclatent avec le plus d'évidence les imperfections de la loi votée par la Chambre des députés. Il en est d'autres encore qui mériteraient également d'être dénoncés et discutés : ceux, par exemple, qui sont relatifs aux pénalités excessives édictées contre l'exercice illégal de la médecine, contre le cumul, ceux qui règlent le rôle du médecin en justice, etc.... »

Le Dr Maréchal, de Brest, commente ainsi qu'il suit le même article :

« Se peut-il qu'après tout ce qui a été dit sur le fonctionnement du corps médical dans notre pays, sur ses revendications, et le rôle de la Loi déjà ancienne, on essaie ainsi de faire prendre le change à l'opinion, en un moment où l'on semble tenter de faire mieux qu'en l'an XI !

Remarquons qu'en somme les médecins que l'on qualifie de remuants et d'ambitieux — (je ne parle pas de ceux que leur situation désintéresse des tracas de la pratique ordinaire), — se contenteraient très bien de cette loi antique ;

Ce qu'ils réclament, c'est son application ; ce n'est ni le public exigeant, ni les fatigues ou les dangers professionnels, ni même l'exiguïté de la rémunération de leurs services qui les irritent, c'est uniquement l'indifférence officielle conduisant à l'inapplication de la Loi existante.

La Justice et l'Administration l'invoquent sans cesse, cette Loi, *contre eux*, jamais *pour eux*.

Les ministres de la justice, de l'intérieur et du commerce n'ont-ils pas, il y a quelques années déjà, proclamé de leur propre autorité et décidé que cette Loi de l'an XI était chose négligeable et que le ministère public n'avait qu'à se désintéresser de la protection que le corps médical réclamait de lui ?

Aussi, depuis lors, que d'empiètements nouveaux, scandaleux même, et au profit de qui ?...

La pratique médicale semble livrée en pâture aux pires ennemis du gouvernement qui, selon toutes apparences, cherche à s'assurer leur silence en les distrayant par la curée qu'il autorise sous le fallacieux couvert d'idées libérales. — Peu importent les victimes ! C'est un os à ronger pour clore la bouche aux aboyeurs contre la loi de l'instruction publique.

On veut instruire les masses et, par un dédain coupable de la santé publique, on les livre au plus aveugle empirisme, le tout avec une loi encore debout, mais volontairement oubliée.

Quelle autre compensation aux efforts exigés des candidats médecins, aux sacrifices incessants, que chacun se croit autorisé à réclamer de ce corps d'état ?

On se plaint que le nombre des médecins, insuffisant déjà, diminue sans cesse ! mais le contraire serait étrange...

Que l'on protège la profession, comme la Loi le commande, et elle se peuplera ; tandis que l'on organise sa détresse en renchérissant toujours, et sans compensation sur les obstacles d'accès au diplôme, et d'autre part en stimulant par l'impunité systématique une concurrence illicite.

On arguë du délaissement de la pratique rurale pour persister à maintenir et faire foisonner les pratiquants au rabais ; c'est illogique et honteux, autant qu'impolitique ; tôt ou tard les électeurs ruraux le feront bien voir. Un jour viendra où on démontrera à ces électeurs — (et les médecins ne seront pas les derniers à leur ouvrir les yeux) — qu'il leur en coûte plus pour être mal soignés que pour l'être sérieusement, et que l'Etat a méconnu, — non sans danger pour lui-même, cet intérêt vital alors qu'il pouvait faire mieux et organiser enfin *l'Assistance publique*, — légiférer pratiquement au lieu de s'en tenir à de stériles lamentations sur l'agglomération citadine, la dépopulation des campagnes... et de la France !...

Pourquoi toujours reculer devant le devoir du secours à l'indigent de la campagne ? et, alors qu'on met à l'étude tant d'autres questions moins pressantes et qu'on inscrit au budget tant de chapitres somptuaires, pourquoi ne pas songer à celui, qui, dans un avenir plus ou moins éloigné, aura pour titre :

« *Assistance publique, gratuite et obligatoire* » ?

Le jour n'est peut-être pas éloigné où nos députés, nos conseillers généraux et municipaux, mis en défiance par des craintes de non réélection, sauront trouver dans les budgets soumis à leur examen des ressources pour couvrir cette dette peu honorable et toujours incomplètement soldée.

Ce jour-là, non par caprice, mais uniquement parce qu'ils y pourront vivre, les médecins reprendront le chemin des bourgades, dont, mieux que personne, ils comprennent les besoins, les ayant étudiés sur place et signalés dès longtemps ; mais il faudra pour cela que la Loi ne soit pas, comme à cette heure, violée et que les ressources des communes ne s'éparpillent pas ; qu'elles soient, au contraire, attentivement réparties avec le seul souci de produire une assistance bien réglée.

Ceci dit, que nous importe, en somme, la couleur du diplôme d'un médecin, pourvu que celui-ci ait

prouvé la valeur de son instruction ; et comment peut-on sérieusement tirer de la nécessité d'inspecter nourrices et nourrissons, de pratiquer la vaccination, de signaler les épidémies (!) et de lutter contre le flot montant de l'exercice illégal (!!), le moindre argument en faveur de l'officiat de santé? Est-ce que les Docteurs en médecine ne font pas cela partout ?...

Ces arguments, si c'étaient de vrais arguments, se retourneraient à merveille contre tout prôneur d'une institution tronquée dont les titulaires eux-mêmes demandent la ruine.

Quel législateur, au courant des faits, voudra croire que les médecins réclament contre ceux d'entre eux qui cumulent à la campagne l'exercice de la médecine et de la pharmacie, et ignorer que, sur ce point, les difficultés viennent surtout des pharmaciens prétendant étendre indéfiniment le rayonnement de leur officine ?

Je passe sous silence les considérations relatives aux dentistes ; la querelle qu'on leur cherche est du reste aussi inopportune que possible et le patriotisme du correspondant du *Temps* sommeille quand il réclame pour autoriser leur libre exercice des épreuves disproportionnées.

Il est de notoriété publique qu'un effort persévérant et des sacrifices considérables ont été faits par cette profession pour élever le niveau de sa pratique et nous affranchir du lourd tribut que, sous ce rapport, la France payait à l'étranger. Les dentistes ont commencé par créer un centre d'instruction complet avant de revendiquer un titre spécial et ont, de ce fait, bien mérité de l'opinion.

Le maniement des anesthésiques toutefois est une question complexe ; complexes aussi les opérations qui les réclament et l'on ne s'explique pas bien que M. Magitot prétende exiger des dentistes de l'avenir le Doctorat en Médecine alors que, pour les anesthésies spécialement, les dentistes actuels, qui jamais ne peuvent opérer seuls, ont toujours le soin de réclamer le concours d'un docteur en médecine.

Mais que penser du danger que le refus d'accepter, les yeux fermés, l'équivalence des diplômes étrangers fait courir à notre renom d'hospitalité et à l'attraction de notre bienfaisant pays ?...

Cela fait rêver, alors surtout que, nul ne l'ignore, les malades étrangers viennent en France, attirés la plupart du temps par le mérite des maîtres français et non par celui de leurs compatriotes émigrés, presque toujours sans relief dans leur propre pays.

On connaît du reste les obstacles que les médecins français trouvent aujourd'hui à s'établir à l'étranger et combien leurs titres y sont sévèrement scrutés, ce qui n'est évidemment pas une raison de ne pas justifier notre renom de nation hospitalière, mais à l'égard seulement de ceux qui voudront bien, en s'y référant, exciper, à l'appui de leurs titres exotiques, d'une valeur réelle... et prouvée !

En résumé, c'est plutôt à l'application stricte de la loi de l'an XI que la majorité des médecins borne ses vœux, si l'on consent à mettre sur certains points — (pratique et tarif de la médecine légale notamment) — cette loi en rapport avec les besoins de l'époque ; sinon, mille fois plutôt la liberté complète et légale de l'art de guérir.

On verra bien alors se pondérer spontanément et justement les droits et devoirs, les intérêts bien compris de tous.

D[r] MARÉCHAL,
Président du Syndicat du Finistère.

Le médecin qui a donné des soins pendant la dernière maladie ne peut hériter.

La loi étant formelle, il est important pour le Corps médical de savoir à quel moment il faut fixer le point de départ de la dernière maladie. Le tribunal civil d'Angers a rendu, le 20 mai dernier, un jugement qui, conformément au principe posé par la cour de Paris en 1867, fixe à nouveau le point en question. Voici les détails de l'affaire.

Le 9 janvier 1890, Mme Bourgeois, qui possédait une fortune dépassant 400,000 francs, est décédée, laissant un testament olographe par lequel elle instituait Mme Bahuaud légataire universelle.

M. Gardereau, frère de la testatrice, a argué de nullité l'acte de dernière volonté de Mme Bourgeois, prétendant que Mme Bahuaud n'était qu'une personne interposée ; que le legs universel était fait en réalité au profit de M. le docteur Bahuaud, neveu de la légataire instituée, et que, dès lors, cette institution était nulle, aux termes des articles 909 et 911 du Code civil, M. le docteur Bahuaud ayant soigné Mme Bourgeois pendant sa dernière maladie, et Mme Bourgeois ayant testé au cours de cette maladie. Il articulait un certain nombre de faits à l'appui de sa prétention.

Le tribunal, après avoir entendu la défense et le ministère public, en ses conclusions conformes, a rendu le jugement suivant :

Attendu que la dame Bourgeois est décédée, le 9 janvier 1890 laissant un testament olographe du 28 octobre 1885, dont la date n'est pas contestée et aux termes duquel elle a institué la dame Bahuaud sa légataire universelle.

Attendu que Gardereau, frère et seul héritier de la testatrice, demande la nullité de ce legs universel, par application des articles 909 et 911 du Code civil, parce que la disposition aurait en réalité été faite, sous le nom d'une personne interposée, au profit d'un neveu de la légataire apparente, le docteur Bahuaud, médecin à Angers, qui aurait traité la testatrice pendant la maladie dont celle-ci est morte et dont elle était atteinte dès l'époque de la confection du testament ;

Attendu, en droit, que la dernière maladie ne commence pas avec le germe fatal, qui, plus tard, entraînera la mort ;

Que conformément au principe posé par la Cour de Paris dans son arrêt du 8 mars 1867, le point de départ de la maladie mortelle doit être au contraire fixé au moment où est arrivé pour le malade l'état morbide qui défie tous les efforts de la médecine et n'admet plus que les palliatifs pour la douleur et les distractions pour les préoccupations du malade ou, en d'autres termes, à la période où l'état du malade a été définitivement déclaré désespéré et où les progrès nécessaires du mal ont dû bientôt amener la mort ;

Attendu que la dame Bourgeois a vécu plus de cinq années après la confection de son testament du 28 octobre 1884 ;

Qu'il résulte des énonciations de son registre domestique que, en particulier pendant le second semestre de 1884, c'est-à-dire pendant les mois qui ont précédé et suivi l'époque de la confection du testament, la dame Bourgeois était dans un état de santé qui lui permettait de : 1° faire en août des voyages de pur agrément, notamment sur les bords de la mer à Pornic et à Préfailles ainsi qu'une excursion à l'île de Noirmoutiers ; 2° diriger son intérieur et tenir compte de ses dépenses quotidiennes avec la plus minutieuse exactitude ; 3° prendre en novembre et décembre des abonnements aux concerts et au théâtre :

Que, à la même époque, elle ne faisait que des dépenses insignifiantes de médicaments ;

Qu'il appert de la correspondance versée aux débats et émanant tant de la testatrice que d'une amie de cette dernière ou du docteur Bahuaud, que, à partir de 1888, la santé de la dame Bourgeois semble plus sérieusement compromise ; mais que l'état révélé par cette correspondance, de même que tous les autres éléments du débat, démontrent encore manifestement que, plus de trois ans auparavant, à l'époque de la confection du testament, la dame Bourgeois n'était ni une mourante, ni une malade désespérée, que la maladie de cœur et de nerfs, dont elle pouvait être alors atteinte, n'était pas en tout cas susceptible d'être considérée comme ayant, suivant la doctrine de l'ancien droit, un trait prochain à la mort non plus comme se rattachant à la mort d'une manière immédiate et déterminante ;

Attendu qu'il faut en conclure que les faits articulés par Gardereau, et qui tendent tous à la démonstration de la nullité du legs universel compris dans le testament du 28 octobre 1884 par suite de la réunion des circonstances prévues par les articles 909 et 911 du Code civil, s'ils sont pertinents, ne sont pas concluants, parce que, en les supposant prouvés, ils n'entraîneraient pas la preuve que le 28 octobre 1884 la testatrice était en état de dernière maladie dans le sens juridique de cette expression ;

Que ces faits ne sont dès lors pas admissibles et que le Tribunal ne saurait en donner la preuve ;

Par ces motifs, sans s'arrêter aux conclusions subsidiairement prises par Gardereau à fin d'enquête, lesquelles sont rejetées, dit Gardereau mal fondé en sa demande, l'en déboute et le condamne aux dépens.

Ainsi donc, en droit, la dernière maladie ne commence pas avec le germe fatal qui plus tard entraînera la mort. Le point de départ de la dernière maladie doit être fixé au moment désespéré où les progrès du mal doivent bientôt amener la mort.

(*Journal de Médecine.*)

BULLETIN DES SYNDICATS

Assemblée générale de l'Union des Syndicats en novembre.

Monsieur le Président et très honoré Confrère,

J'ai l'honneur de vous informer que la question « Assistance publique » figurera à l'ordre du jour de la réunion de l'Union des Syndicats, en novembre prochain, et viens vous inviter à en prévenir MM. les membres du Syndicat médical que vous présidez.

Vous voudrez bien étudier ensemble cette question si importante, et charger le délégué désigné pour vous représenter à Paris, de défendre les résolutions qui vous paraîtront les meilleures.

Veuillez agréer, M. le Président et très honoré Confrère, l'expression de mes sentiments respectueux et dévoués,

Le Président de l'Union des Syndicats médicaux de France,

Dr G. Mignen.

Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure.

Séance du 26 juin 1891.

Présidence de M. Porson, président.

Sont présents : MM. Porson, Destez, Patoureau, Luneau, Guillou, Vince, Joüon, Grimaud, Bichon, Guyon, Lerat, Chachereau, Lacambre, Perriou et Blaizot.

M. le Président rend compte des travaux de la Commission nommée dans la précédente séance, à l'effet d'étudier les propositions à faire au Syndicat des Agents de la Compagnie du chemin de fer d'Orléans. Une courte discussion s'engage sur l'article 1 du projet de la Commission qui confiait au Conseil d'Administration du Syndicat de la Compagnie d'Orléans, le soin de faire un premier choix parmi les médecins proposés par le Syndicat ; à la majorité, cet article est repoussé et remplacé par l'article 1er ci-après. Les autres articles du projet de la Commission sont adoptés sans changement et à l'unanimité. Voici la rédaction définitive qui sera transmise au président du Syndicat des Agents de la Compagnie d'Orléans :

Propositions de l'Association syndicale des médecins de Nantes, au Syndicat des Agents de la Compagnie d'Orléans, au sujet de l'organisation de son service médical :

1° Le service médical sera assuré par les médecins du Syndicat qui se chargent de donner leurs soins aux membres des Sociétés de secours mutuels ;

2° Chaque agent choisira, pour l'année entière, le médecin dont il désire recevoir les soins.

3° Auront droit aux soins médicaux, dans les conditions ci-après énoncées, les agents de la Compagnie d'Orléans dont le traitement n'excède pas la somme de 2,100 fr. ;

4° Le mode d'honoraires sera l'abonnement à raison de 10 fr. par agent, marié ou non, habitant dans les limites de l'octroi.

Les agents habitant la zone comprise entre l'octroi et le boulevard de Ceinture, paieront la somme de 15 fr. (1).

Toutefois, les agents habitant dans la zone susmentionnée et qui auraient recours à un médecin du Syndicat habitant dans la même zone, paieront le même prix que ceux qui résident dans les limites de l'octroi (10 fr.) ;

5° Les adhérents auront droit aux soins médicaux pour eux, leur femme et leurs enfants jusqu'à l'âge de 18 ans ;

6° Les opérations, accouchements et visites en consultation ne sont pas compris dans les soins dus par le médecin.

M. le Président prie M. Chachereau, syndic délégué pour les rapports de l'Association avec les Sociétés de secours mutuels, de transmettre ces propositions et il profite de l'occasion pour rendre un juste hommage au dévouement dont fait preuve depuis tant d'années le docteur Chachereau dans l'accomplissement de la tâche laborieuse et délicate dont l'a chargé le Syndicat. Il l'en remercie au nom de tous les membres de l'Association. (Applaudissements.)

(1) Cette élévation est proportionnelle à l'augmentation du prix de la visite en dehors de l'octroi (2 fr. en ville, 3 fr. en dehors de l'octroi, dans l'étendue de 1 kilomètre).

M. le Président annonce qu'il a déposé une plainte contre un boucher de la ville qui aurait la spécialité de soigner les panaris à raison de 5 fr. par doigt malade, payables d'avance. Trois cas sont signalés à la charge de cet individu ; l'un des malades a dû subir l'amputation d'un doigt à l'Hôtel-Dieu.

Lecture est donnée d'une lettre de M. le Président du Syndicat des Pharmaciens de la Loire-Inférieure.

M. Cesbron avise M. le Président qu'il a reçu l'engagement des pharmaciens de Blain de ne pas faire de médecine à la condition que les médecins ne feraient pas de pharmacie ; il lui demande d'obtenir des engagements analogues de la part des médecins.

M. Bichon (de Blain) explique que, de temps immémorial, les pharmaciens de Blain font de la médecine ; il y en a même un qui a un remède spécial pour chaque maladie ; par réciprocité, les médecins font de la pharmacie. Mais il croit que les médecins ne demanderaient pas mieux que de se renfermer dans leurs attributions, à la condition que les pharmaciens en fissent rigoureusement autant. Cela n'est pas impossible, quoique difficile, car à Guémené-Penfao, où la situation a été longtemps la même qu'à Blain, de pareils engagements ont été pris et tenus à la satisfaction de tous.

M. le Président espère qu'il en sera bientôt de même à Blain ; mais il désirerait connaître d'abord le texte des engagements pris par les pharmaciens. Il les demandera à M. le Président du Syndicat des Pharmaciens et les communiquera à la prochaine séance.

Le Secrétaire des séances,

Dr Blaizot.

Un nouveau Syndicat.

SYNDICAT DE SAINT-OMER.

Monsieur le Directeur du *Concours médical* et très honoré Confrère,

J'ai la satisfaction de vous annoncer la création d'un *Syndicat médical de l'arrondissement de Saint-Omer* dont voici le bureau :

MM. Koller, *Président*.
Poulain, *Trésorier*.
Bernard, *Secrétaire*.
Wintrobert, } *Syndics*.
Decléty, }

Les statuts que vous avez bien voulu m'adresser, sur ma demande, ont servi de base à la formation de notre Société, et membre du Concours Médical depuis 1881, je me suis fait un devoir de puiser dans votre estimable journal tous les éléments qui y fourmillent.

Notre première réunion du 9 août a compté 13 membres adhérents. Avec le temps nous espérons vaincre les hésitations et voir groupés tous les médecins de la région.

Je profite de ma lettre pour vous prier d'adresser le *Concours médical* à M. le Président du Syndicat.

Veuillez agréer,

Dr J. Decléty, à Wizernes.

CORRESPONDANCE

La Villa Médicale.

Monsieur le Directeur et cher confrère,

J'ai lu, en son temps, avec un vif intérêt, le feuilleton du *Concours* : « *Apologie du médecin de campagne* » que m'a communiqué le Dr Mazade, Inspecteur départemental de l'assistance publique.

Il m'a rappelé une idée que j'émettais, il y a déjà 22 ans, dans l'*Evénement médical*, que nous avions fondé, Piorry et moi, et qui était, à ce moment, l'écho de l'idée du *Figaro* (Villemessant) relative à la création d'une *Villa-Soleil* pour les gens de lettres.

Il s'agissait, par conséquent, d'une maison de repos et de retraite pour les médecins.

De médecin à Paris, je suis devenu médecin de campagne, possédant, il est vrai, aux portes de Marseille, quelques centaines de mètres de terrain qui me permettent de me passer, en partie, de la reconnaissance des clients, mais qui m'imposent aussi le devoir de penser à ceux de nos confrères qui ne peuvent s'arrêter, quelques instants, dans une oasis de repos, au milieu de l'aride désert qu'ils parcourent sans merci.

Eh ! oui, cher Directeur, quand on songe que l'on fait toujours appel au dévouement sans bornes, désintéressé, ... proverbial des médecins pour préparer, entraîner, assurer le succès de toutes sortes d'entreprises, en vue de l'utilité ou des plaisirs du public, on est frappé de ce fait que rien de pareil n'est tenté en faveur des médecins. Nous patronnons : maisons de santé, stations thermales, produits pharmaceutiques, gymnases, voyages, etc., chocolats, thés, farines, ceintures, bains électriques, pendaison, douches, logements à bon marché ; nous donnons, ou plutôt on nous fait donner, à notre insu souvent, notre estampille à tout ce que l'imagination produit de plus varié et de plus fantaisiste et le médecin, pivot de ce mouvement d'affaires, est mis à l'écart. Il ne compte pas. Ce n'est pas lui qui doit en bénéficier.

Avez-vous jamais lu une annonce ainsi conçue ? « Un projet de création d'un *sanatorium* réservé aux médecins désireux de s'y reposer quelques jours ou de s'y retirer, leur carrière finie, est en voie d'élaboration. Il est question d'installer ce sanatorium, qui sera pourvu de tous les perfectionnements du confortable moderne, sur les bords de la mer, à proximité d'une grande ville, mais en pleine campagne, de façon à permettre aux médecins de goûter tous les avantages d'une pareille situation. »

Aucun spéculateur n'a pensé à faire insérer cela dans un journal, voilà pourquoi, moi médecin, je vous demande de le faire dans votre *Concours* et de provoquer un mouvement de critiques et d'adhésion parmi nous. Si l'idée a le don d'émouvoir nos confrères, vous me permettrez de vous soumettre le projet corrélatif que j'ai ruminé; accepté ou amendé par le Conseil de Direction du Concours, il n'en aura que plus de valeur et je suis sûr que l'on nous tiendra compte de la campagne que je serais heureux de voir entreprendre à ce sujet, car il y va du bonheur d'un grand nombre d'entre nous.

Veuillez agréer, etc.

Dr Carcassonne,
Médecin du port à Marseille.

REPORTAGE MÉDICAL

Déjà deux États, en Amérique, la Géorgie et l'Iowa, ont déclaré que tout *médecin reconnu alcoolique* ou *morphinomane* ne pourra plus pratiquer la profession. Puisqu'il devient un danger public dans ces pays, pourquoi n'en est-il pas de même en Europe ?

— On signale une épidémie de *fièvre jaune* à la Vera-Cruz.

La mortalité en Angleterre autrefois et aujourd'hui. — Il y a deux cents ans, la mortalité en Angleterre était de 80 p. 1000 ; elle était de 25 p. 1000 il y a cinquante ans ; elle est tombée à 17.85 en 1889. Ce résultat est d'autant plus remarquable qu'en ce pays la natalité l'emporte de beaucoup sur la mortalité. Or nul n'ignore qu'une nombreuse natalité augmente le coefficient mortuaire annuel.

En France, le coefficient mortuaire, qui était de 28 p. 1000 au commencement de ce siècle, est aujourd'hui de 22,29. Malheureusement, le coefficient de la natalité est tombé de 30 à 25 p. 1000. Chez nous le coefficient mortuaire, supérieur de 5 p. 1,000 à celui de l'Angleterre, serait bien plus élevé si notre natalité égalait celle de l'Angleterre.

— Chez toutes les nations de l'Europe, on observe une augmentation de plus en plus considérable du nombre des jeunes gens fréquentant les écoles supérieures. En laissant de côté les étudiants en théologie, on trouve actuellement par 100,000 habitants 82,3 étudiants en Belgique, 76,6 en Norwège, 57,3 en Suède, 55,9 en Autriche, 51,3 en Italie, 50,4 en Suisse, 48,1 en Allemagne, 45,4 en Hollande, 42,6 en France, 9,9 en Russie. La durée plus ou moins longue des études, l'organisation de l'enseignement moyen et supérieur ont une influence marquée sur le nombre des étudiants en cours d'études ; mais au moins pour ce qui est de la France et de l'Allemagne, le développement exagéré de l'armée, le nombre énorme des officiers, sont en partie cause du rang médiocre qu'occupent ces deux nations dans le tableau précédent.

Par 100,000 habitants, il y a en France et en Allemagne, 14,4 étudiants en médecine, 23,8 en Autriche, 26,7 en Hollande, 24,2 en Belgique et 20,6 en Italie. Ces chiffres, on le voit, ne sont nullement proportionnels à la richesse des pays correspondants.

Si on compare la proportion actuelle du nombre des étudiants au chiffre de la population à celle qui existait au milieu du XVII^e siècle, on voit que le nombre relatif des étudiants s'est accru en Norwège de 214 %, en Danemark de 182, en France de 162, en Suisse de 160, en Autriche de 158, en Belgique de 156 en Italie de 155, en Hollande de 150, en Allemagne de 148.

(*Bulletin médical.*)

— Nous n'avons à joindre à la liste déjà publiée des Conseils généraux qui ont voté la suppression de l'officiat que celui de la *Gironde*. Nous prions nos lecteurs de bien vouloir nous informer.

— A la liste publiée dans notre numéro du 29 août dernier nous ajoutons le nom de M. le Dr Hœlling (Montrouge), nommé Officier d'Académie par décret du 22 juillet 1891.

— Un concours pour la nomination à la place de chirurgien de l'hôpital de Berck-sur-Mer sera ouvert le jeudi 22 octobre 1891, à midi, dans l'amphithéâtre de l'administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

MM. les docteurs qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, depuis le lundi 14 septembre jusqu'au mercredi 7 octobre inclusivement, de onze à trois heures.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Traitement de la séborrhée pityriasiforme du cuir chevelu.

Faire le soir une onction avec la pommade suivante :

Acide salicylique........	1 gramme
Soufre précipité..........	4 grammes
Axonge fraîche.......... }	àà 15 grammes
Vaseline................ }	

Le lendemain matin savonnage avec un savon de goudron et de Panama, puis friction avec une petite brosse imbibée du mélange suivant :

Teinture de cantharides..	2 grammes
Alcoolat de Fioravanti....	30 —
Alcool...................	100 —

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le Dr Gonichon, de Monnières (Loire-Inférieure), membre du Concours médical.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

L'**Anthropologie criminelle et les nouvelles théories du crime**, avec portraits hors texte des principaux criminologistes français et étrangers, par le Dr Emile Laurent, ancien interne à l'infirmerie centrale des prisons de Paris, in-8° de 160 pages. Prix : 3 francs.

« Les théories nouvelles, dit l'auteur dans sa préface, « sont encore peu répandues dans le public même « médical, qui n'ose en aborder la lecture dans les « traités techniques et n'en reçoit qu'un écho souvent « faussé par les journaux. Elles restent l'apanage d'un « petit cénacle de savants. Nous avons cru que, dans « l'intérêt de la science comme dans l'intérêt de la « Société, il serait bon de les répandre. »

Rappelons que l'**Amour morbide**, étude de psychologie pathologique (Prix : 3 fr. 50), du même auteur, est à son sixième mille de la deuxième édition.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Treizième année | N° 38 | 19 Septembre 1891

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

L'eczéma impétigineux de la face et du cuir chevelu considéré comme accident de dentition.

M. *Baumel* (de Montpellier) considère l'eczéma impétigineux comme le résultat d'une irritation réflexe naissant sous l'influence de l'évolution dentaire et partant des extrémités du trijumeau pour aboutir aux organes sécréteurs de la peau. Il accepte cependant la nécessité d'une prédisposition particulière, la pléthore et le lymphatisme. A l'appui de sa manière de voir, M. Baumel invoque la variation du siège de l'eczéma suivant qu'il s'agit de la sortie des dents antérieures ou postérieures. D'après lui, durant la première dentition, de six mois à deux ans, l'eczéma siège surtout à la face et à la partie antérieure du cuir chevelu ; il apparaît au contraire, surtout à la nuque de 4 à 6 et 9 ans quand évoluent les dents postérieures du maxillaire. M. Baumel admet encore que les oscillations, les poussées successives de l'eczéma revêtent souvent un type mensuel (que le vulgaire expliquait par une influence lunaire), que des médecins ont expliqué par l'influence des périodes menstruelles chez les nourrices, et qui s'explique simplement par ce fait que l'enfant émet 20 dents en 18 mois (de 6 mois à 2 ans); ce qui fait en moyenne une par mois.

Les idées pathogéniques de M. Baumel ne paraissent guère avoir influencé sa thérapeutique.

Les moyens qu'il préconise sont les uns internes (toniques et raifort iodé, réglementation de l'alimentation) et paraissent viser surtout le lymphatisme ou l'alimentation excessive, les autres externes : cataplasmes, enveloppement imperméable et vaseline iodoformée ; ce dernier topique pourrait être aussi bien revendiqué par les partisans d'une pathogénie microbienne. Celle-ci d'ailleurs n'exclut pas l'influence trophique du système nerveux, qui peut modifier les sécrétions glandulaires, ralentir la nutrition des téguments, favoriser l'apparition d'une dermatose prurigineuse et vésiculeuse que les agents microbiens pyogènes viennent ensuite compliquer, faire suppurer. Telle serait, peut-on croire, une des différences entre l'eczéma impétigineux et l'impétigo vrai dont la nature parasitaire (staphylocoque) ne paraît plus discutable.

Mort après une dose de salol.

Le salol est généralement considéré comme d'une innocuité absolue, mais il ne manque pas d'observations cliniques tendant à montrer que, dans certaines circonstances au moins, son emploi peut être suivi de cruels résultats. Tel est le cas publié, il y a quelque temps, par Aufrecht et Behm, dans lequel la mort suivit son emploi dans l'endocardite aiguë. Plus récemment, le docteur Chlaponski a publié dans un journal médical de Bohême la relation d'un cas où une semblable issue fatale suivit une dose de 0 gr. 90 prescrite à une malade souffrant de symptômes gastriques graves et qui avait été examinée d'après la méthode d'Ewald. Après avoir pris le salol, la patiente devint agitée et inconsciente ; les pupilles étaient dilatées, le pouls irrégulier, les vomissements incessants ; l'urine devint foncée et contenait de l'acide salicylique. La mort arriva deux jours après. A l'autopsie, on trouva de la gastrite et de l'entérite hémorrhagique, un ulcère gastrique cicatrisé au niveau du cardia, de l'endométrite chronique et un kyste de l'ovaire. Il ne subsistait aucun doute que les symptômes d'empoisonnement fussent dus au salol. (*Gazette médicale de Liège*).

Traitement des oreillons.

Voici ce que conseille M. *Descroizilles*. Il faut

dès le début, recourir à l'enveloppement ouaté de la région malade, prescrire le repos au lit, et ne pas négliger de prescrire en même temps le suspensoir lorsqu'il s'agit d'un adulte, chez qui l'orchite est presque toujours à redouter. Il faut en outre, prescrire : 1° des *purgatifs* (huile de ricin, eau saline, etc.) ; 2° des *diurétiques* ; et 3° enfin et surtout des *diaphorétiques* à plusieurs reprises (l'infusion de Jaborandi est préférable, car elle s'élimine par les glandes salivaires, hâte leur résolution, grâce à l'activité de leur travail excrétoire, et favorise l'élimination des micro-organismes).

Grâce à ce mode de traitement, la marche de la maladie étant rapide et les micro-organismes ourliens éliminés dans leur plus grande partie, le malade aura beaucoup de chances d'éviter la complication la plus fréquente et la plus importante (orchite), ou du moins ses suites fâcheuses (atrophie complète, impuissance, etc.), la maladie étant réduite de beaucoup dans sa durée et circonscrite dans son siège primitif, sans pouvoir mettre en jeu ses caprices.

Cependant, en dépit de toutes ces précautions, dès que l'orchite est imminente, c'est-à-dire dès que les douleurs se font sentir dans la fosse iliaque avec irradiations vers la queue de l'épididyme, il est utile de mettre du camphre brut dans le lit, en même temps prescrire le repos. Immédiatement après l'apparition de l'orchite, on doit cesser l'usage du camphre et garder toujours le suspensoir en enveloppant les bourses avec une couche assez épaisse d'ouate et en les relevant vers l'abdomen, l'usage du suspensoir devant durer au moins deux semaines après l'apparition de la fluxion testiculaire. Mais celle-ci présentant des phénomènes bien différents de ceux d'une orchite classique, serait, en ce cas, avortée et dans son intensité, et dans sa marche et dans sa terminaison.

Or, l'atrophie testiculaire n'étant due qu'à l'arrêt assez prolongé du fonctionnement de l'organe, on comprend bien que, grâce au camphre agissant à titre de calmant et d'antiphlogistique, l'évolution de l'orchite étant alors abrégée et sa résolution favorisée, l'organe reprend vite ses fonctions et le malade a ainsi beaucoup de chances ou bien d'éviter absolument l'atrophie, ou bien de n'en être atteint que très légèrement.

(*Gazette des hôpitaux*).

MÉDECINE PRATIQUE

Les gros foies.

(*Séméiologie du gros foie. — Le gros foie du diabète, de l'obésité, de la goutte. — L'albuminurie de cause hépatique.*)

I.

Les circonstances cliniques dans lesquelles la principale et quelquefois l'unique constatation objective est l'existence d'un gros foie sont assez nombreuses pour légitimer au point de vue de la pratique le titre de cet article qui n'est pas fondé en nosographie. Je m'explique. Quand un malade nous consulte, nous lui laissons énumérer les sensations et les symptômes dont il se plaint, puis nous procédons aussitôt à l'examen de ses organes afin de circonscrire rapidement le cercle de nos investigations. Or, il arrive que le résultat le plus saillant, ou même unique, de cet examen soit la constatation d'un foie augmenté de volume. De cette hépatomégalie il faut remonter à sa cause. On passe donc en revue, de nouveau, plus minu-

FEUILLETON

Temps perdu !

Il n'y a rien de si précieux que le temps et il n'y a rien qu'on ne gaspille avec autant de facilité. — Passe encore en province, où les journées ont vraiment douze heures ; mais à Paris, où les heures coulent si vite, on est vraiment répréhensible de se livrer à des prodigalités sardanapalesques. Les médecins eux-mêmes, pour qui cependant le temps représente de l'argent, plus peut-être que pour les autres mortels, ne craignent pas de sacrifier une partie de leur vie à des futilités, à des riens. Comme si ce n'était pas déjà assez des heures consacrées au sommeil, à la table, au cercle ou à la brasserie, aux soirées mondaines, etc...

Il faut avoir usé plus d'un habit noir, avant de savoir tout ce que cette action *aller au bal*, *aller dans le monde*, qui n'a l'air de rien au premier abord et qui n'est rien, en effet, implique pour un homme de travail, de mouvement inutile et de temps perdu !

On serait disposé à se montrer d'une avarice sordide, au point de vue de ses instants, quand on fait avec Hill, un auteur anglais, l'addition qui va suivre. — Il s'agit des livres qui se vendent rognés en Angleterre et que nous devons couper avec un couteau à papier, en France, parce qu'on nous les vend brochés. — Ce simple fait, qui paraît inoffensif en lui-même, représente une perte de temps énorme. Je cite l'auteur en question :

« Combien croyez-vous, dit-il, qu'il faille de minutes pour couper, avec un couteau à papier, avec le meilleur des couteaux à papier, un volume de trois cents pages ? Le couteau a cinquante tranches environ à couper, trente sur le haut, vingt sur le côté, toujours à peu près et selon le format, plus ou moins. Remarquez que je ne fais aucune allusion à ces pliages diaboliques qu'il faut pourfendre sur les trois côtés pour en venir à bout. Reprenons : une tranche de livre ne se coupe pas en une seule fois, si l'on n'a une grande et rare habitude de cette mortelle besogne. Il y faut trois reprises, en tout cent cinquante mouvements, ce n'est pas du premier coup que l'on insinue le couteau entre les feuilles ; de plus, on est obligé de tourner sans cesse et de retourner le livre pour atteindre successivement les tranches du haut et les tranches du côté ; joignez à cela les précautions pour ne pas entamer le papier vers les coins ou vers le dos, et vous avouerez qu'il est nécessaire de quadrupler le premier chiffre des mouvements que nous avons posé. Nous avons donc, en tout, selon notre moyenne, six cents mouvements, dont la moitié contradictoires au mouvement initial. Mettons, si vous voulez, que chacun de ces mouvements demande une seconde ; c'est bref, une seconde, et il faut plus d'un arrêt entre six cents

tieusement, les organes qui ont des connexions anatomiques et physiologiques avec le foie.

Je suppose, bien entendu, qu'on a écarté toute cause d'erreur, en combinant l'inspection, la percussion et la palpation, en observant les règles de la technique spéciale à l'exploration du foie, le malade étant placé dans le décubitus dorsal, les épaules sur le même plan que le reste du tronc, les cuisses fléchies sur le bassin, les bras étendus le long du corps et la respiration s'effectuant largement, la bouche ouverte. Je rappelle que la percussion doit être faite vigoureusement au-dessus du rebord costal et très légèrement au-dessous. J'admets qu'on aura tenu compte de toutes les circonstances qui peuvent simuler l'augmentation de volume du foie, le jeune âge des sujets, les déformations rachitiques ou scoliotiques du thorax, la fluidité des parois abdominales chez les multipares amenant l'hépatoptose, les déformations et déviations tenant à l'abus du corset trop serré, l'emphysème pulmonaire, l'existence d'un épanchement pleural droit, d'une tumeur ou d'une collection liquide entre le foie et le diaphragme, etc.

Toutes ces causes d'erreur ont été évitées, il est incontestable que le foie est gros. Est-il lisse ou irrégulier, est-il douloureux ou indolent? Le cœur est-il dilaté, et cette dilatation est-elle primitive ou secondaire ; autrement dit, est-on en présence d'un foie cardiaque ou bien du retentissement d'une affection du foie sur le cœur (Potain, Rendu) ? La rate est-elle augmentée de volume comme le foie ? Y a-t-il de l'ictère ou de l'ascite ? des ganglions ? Quelle est l'apparence du malade, gras ou amaigri ? a-t-il de l'œdème des membres inférieurs ? Voilà les premières recherches à faire.

On procède ensuite à l'examen des urines : recherche de l'albumine du sucre, de la peptone, des pigments biliaires, du taux de l'urée et de l'acide urique, examen microscopique des sédiments ; l'urologie est aussi importante pour le diagnostic des affections du foie que pour celles des reins, c'est elle qui nous indique si la cellule hépatique est plus ou moins profondément altérée.

On s'enquiert enfin, par l'interrogatoire et par la recherche des stigmates, des antécédents du malade : est-il syphilitique, impaludique, arthritique, tuberculeux ? Est-il dyspeptique, et depuis combien de temps ? etc. Je ne fais que rappeler brièvement les bases du diagnostic des affections du foie auquel j'ai consacré, il y a dix ans, un article dans ce journal. (1)

Mon but aujourd'hui est d'insister sur une variété clinique encore mal définie de foies gros, lisses, indolents sans hypertrophie de la rate, sans retentissement sur le cœur, sans ictère, sans ascite et qui traduisent uniquement leur existence par de la gêne mécanique respiratoire, par un trouble des fonctions digestives, par une altération profonde de l'état général ; ils peuvent s'accompagner d'albuminurie, de glycosurie, de peptonurie, plus rarement d'urobilinurie. Les individus qui en sont atteints vous consultent souvent pour tout autre chose que pour le foie dont ils sont loin de soupçonner le désordre ; beaucoup de médecins ignorent l'existence de cet état morbide, j'en ai eu la preuve à plusieurs reprises.

Ces gros foies sont ceux sur lesquels M. Bouchard a le premier appelé l'attention, à ma connaissance, et dont j'ai, d'après lui, esquissé l'étude ici même, au point de vue de leurs rapports avec

(1) Diagnostic général des maladies du foie par Paul Gerne (*Concours médical*, 1881).

---

mouvements successifs ; le coupage d'un volume ordinaire demandera donc dix minutes. C'est un chiffre commode pour le calcul, et bien qu'il soit en dessous de la vérité, je l'adopte, dans votre intérêt.

« Maintenant calculez : Cent volumes multipliés par dix minutes ; le résultat divisé par soixante, vous avez les heures ; les heures divisées par douze vous donnent les jours, les jours de lumière, le seul temps vécu. Eh, bien ! pour couper cent mille volumes, il faut 1,388 jours (treize cent quatre-vingt-huit), près de quatre ans. Quatre ans qu'une machine vient d'économiser aux Anglais, Américains, Australiens, etc. Mettons qu'il entre annuellement dans la circulation anglaise un million de volumes nouveaux, et c'est quarante années de travail, ou de loisir, ou de plaisir, quarante années de vie enfin dont la machine à couper les livres fait cadeau tous les ans à la race anglaise, et que perd le peuple français. »

Faisons la part de l'exagération, je le veux bien, dans cette boutade qui est au moins originale ; mais qui contient cependant une part de vérité. — Cela doit nous faire réfléchir.

On ne se rend toujours pas très bien compte de ce que l'on peut produire avec beaucoup de minutes sagement utilisées. En voici quelques exemples :

Le docteur Masin Good, le traducteur du poète latin Lucrèce, fit sa traduction en voiture en allant visiter ses malades.

Un philosophe anglais bien connu, Burrit, apprit dix-huit langues anciennes et vingt-deux idiomes européens, tout en gagnant sa vie comme forgeron.

Stuart Mill composa sa logique en se promenant dans son cabinet entre d'autres travaux.

Mme de Genlis écrivit plusieurs ouvrages d'éducation en attendant la princesse à laquelle elle donnait des leçons quotidiennes.

Le chancelier d'Aguesseau avait une habitude singulière. Il s'écoule généralement quelques minutes entre le moment où on annonce le dîner et celui où on le sert ; au lieu de pester contre ces petits retards, l'illustre savant mettait à profit ces instants et, au bout d'une année, il avait fait, sur le coin du dressoir de sa salle à manger, un important ouvrage.

Notre existence, d'après l'illustre botaniste de Candolle, se compose de trois parts : La meilleure consacrée à un travail utile à soi et à la société ; une deuxième, au délassement et au plaisir; une troisième, absorbée par une foule de petites occupations subalternes, qui n'ont pour résultat ni utilité, ni agrément.

L'art de gouverner sa vie consiste à diminuer cette dernière part, pour en accroître d'autant les [d]eux premières : si l'on retranche trop de la par[t]e consacrée au plaisir et au délassement, pour

certaines maladies chroniques et notamment avec le symptôme albuminurie. Mais la question vaut d'être reprise; je profite pour y revenir de ce que j'ai pu en recueillir plusieurs observations caractéristiques.

II

Je rappelle que dans une enquête qui a porté sur près de 2.000 malades affectés de maladies chroniques diverses, M. Bouchard a reconnu qu'on peut constater, dans la proportion de 6 pour 100 environ, une tuméfaction plus ou moins notable du foie qui n'est ni le kyste hydatique, ni le cancer, ni la dégénérescence amyloïde, ni la dégénérescence graisseuse, ni la cirrhose hypertrophique, ni le foie cardiaque, ni le foie leucémique, ni le foie paludique.

M. Bouchard n'a pu déterminer encore les caractères anatomo-pathologiques de ces tuméfactions, les occasions de pratiquer l'autopsie des malades qui en sont atteints étant rares ; mais des raisons d'ordre clinique l'ont conduit à penser que, dans les deux tiers des cas, il y a *congestion du foie*, et que dans l'autre tiers, il s'agit d'une *hypertrophie de l'organe*.

Ces deux altérations du foie ont des affinités pathologiques spéciales et ne se trouvent pas indifféremment associées à toutes les maladies chroniques. C'est dans les maladies chroniques du tube digestif que la tuméfaction du premier genre se rencontre ; c'est dans le diabète, l'obésité, la goutte que se montre celle du second genre.

Ainsi, sur 389 observations personnelles de dilatation de l'estomac, M. Bouchard a reconnu que la tuméfaction du foie s'observe dans la proportion de 23 p. 100. Cette tuméfaction est mobile ; elle augmente, diminue, et disparaît suivant que les accidents dyspeptiques s'aggravent ou s'améliorent. Elle récidive facilement, elle s'accompagne d'endolorissement ou de pesanteur à l'hypochondre droit et se complique parfois d'ictère. En l'absence de constatation cadavérique, de tels caractères rendent probable la nature congestive de cette tuméfaction.

Cette congestion du foie est sans influence sur la production de la peptonurie, mais elle a une action sur le développement de l'albuminurie. Dans la dilatation de l'estomac, la proportion de la peptonurie est de 16 pour 100, indifféremment chez les malades qui ont le foie congestionné, et chez ceux qui ne l'ont pas. La proportion de l'albuminurie est de 21 pour 100 sur l'ensemble des cas ; mais elle est de 39 p. 100 chez les malades qui ont le fois congestionné et de 12 p. 100 seulement chez ceux dont le foie est normal.

A côté de l'albuminurie dyspeptique, il y a donc souvent, dans la dilatation de l'estomac, une albuminurie hépatique. Cette albuminurie est plus ou moins durable ; elle peut disparaître totalement, mais elle est sujette à récidive ; l'examen des dépôts ne laisse pas découvrir de cylindres.

Indépendamment de la congestion hépatique qui appartient à la dilatation de l'estomac, on observe dans certaines maladies chroniques une tuméfaction du foie plus considérable et plus persistante, capable cependant de varier lentement en plus ou moins, indolente et ne s'accompagnant jamais d'ictère. M. Bouchard ignore encore quels sont les caractères histologiques de cette altération du tissu hépatique. Ses caractères cliniques et ses associations pathologiques doivent faire supposer qu'il s'agit purement et simplement d'une augmentation de volume des cellules hépatiques. Toutefois, pour ne rien préjuger, M

---

exagérer les proportions de celle consacrée au travail, on s'use, on s'affaiblit.

De même, si l'on donne trop de temps à la part agréable de la vie, la faculté de jouir s'émousse, le plaisir devient peu à peu moins attrayant. On perd les profits du travail, sans avoir augmenté la quantité du bonheur réel.

Jamais la troisième part ne devrait s'accroître aux dépens de l'une des deux premières, qui, toutes deux, peuvent au contraire faire de vraies conquêtes aux dépens de la troisième. — Il faut, pour atteindre ce but, toujours d'après le même auteur, s'accoutumer à ne muser ni dans le travail, ni dans le plaisir, abréger autant que possible le temps qu'on est forcé de consacrer aux opérations matérielles de la vie. Régler ses journées, de façon à en retrancher les moments perdus, telle est la tactique la plus favorable au bonheur et au talent.

Je n'étonnerai personne, surtout parmi les médecins, en reprochant aux femmes le temps qu'elles nous font perdre. On peut ajouter comme corollaire que ceux qui passent une partie de leur temps à dire du mal des femmes, en ont généralement perdu davantage à leur prouver qu'ils n'en croyaient pas un mot.

Au point de vue de la perte du temps on doit conseiller à un médecin en âge de convoler de ne pas prendre pour épouse une femme superficielle qui ne songe qu'aux distractions, aux plaisirs mondains ; 2° de ne pas provoquer en trop grand nombre et sans précautions des intimités entre son ménage et ceux de sa clientèle.

C'est une question de prudence, s'il ne veut pas subir les vicissitudes des relations sociales, s'il ne veut pas être débordé, au détriment de ses occupations professionnelles. Ce n'est qu'au détriment de sa santé et de sa réputation qu'il se livrera, sans compter, aux réceptions, aux dîners, aux bals, aux spectacles, etc.

Il ne saurait résister sans tyrannie aux obsessions d'une personne frivole, remuante, pour qui les exhibitions, la toilette, le flirtage et ses conséquences, représentent ce qu'il y a de plus rayonnant, de préférable dans la vie.

On ne reconnaît souvent que trop tard qu'on a manqué de circonspection, que le mal est définitif et sans remède : Raison de plus pour ceux qui sont encore sur la rive de s'entourer de mille précautions, de prendre de nombreuses informations, avant de s'embarquer sur la galère conjugale ! — Sans cela, gare les naufrages !

Un grand nombre de poètes ont dit, sous toutes les formes, au point de vue de l'amour, le temps perdu est irréparable. Parny termine une de ses épitres à une coquette, qui l'amusait par de vaines promesses :

> Dès demain vous serez moins belle
> Et moi peut-être moins pressant !

Mais, c'est surtout Victor Hugo, par lequel je

Bouchard donne à cette altération le nom de *gros foie*.

Le gros foie ne s'observe que dans un groupe restreint de maladies chroniques : dans le diabète sucré, dans l'obésité, dans la goutte. Dans ces maladies, on le rencontre très fréquemment ; il est très rare, au contraire, qu'on l'observe dans les autres maladies chroniques.

Le gros foie peut s'observer à l'état d'isolement, sans autre maladie protopathique ; mais alors il se complique souvent d'albuminurie chronique, comme cela existe d'ailleurs très fréquemment avec le gros foie du diabète, de l'obésité et de la goutte. Le gros foie a été constaté d'abord par Frerichs, dans le diabète sucré. M. Bouchard a constaté que sa fréquence est de 37 pour 100 dans l'obésité et de 26 pour 100 dans la goutte.

Dans 95 cas d'albuminurie chronique, non toxique, non cachectique, non cardiaque, M. Bouchard a constaté 45 fois l'existence du gros foie. Aussi pense-t-il que le gros foie est une des conditions pathogéniques de l'albuminurie.

III

L'albuminurie est un phénomène complexe. Il existe assurément une albuminurie rénale, soit que les épithéliums des tubuli soient malades, soit que l'innervation ou la vascularisation du rein soient troublés. Mais il existe certainement aussi des albuminuries dyscrasiques.

Les albumines qui s'éliminent par les reins sont de diverses sortes. Outre la sérine et la globuline, dont les réactions et la valeur séméiologique ont été surtout étudiées jusqu'ici, il y en a d'autres qui diffèrent entre elles par la façon dont elles se comportent en présence de la chaleur, de l'acide azotique, du réactif de Tanret, des sels de cuivre, etc. Dans la même urine, quand on fait agir successivement ces divers réactifs en séparant par filtration les précipités qui se forment, on peut démontrer la présence de trois et quelquefois quatre variétés d'albumine. Cette pluralité des albumines dans une même urine s'explique mal par une simple altération du filtre rénal et constitue un bon argument en faveur de leur origine dyscrasique.

Semmola défend, depuis plus de 30 ans, cette opinion que l'albumine du sang des brightiques est anormalement dialysable. La physiologie nous montre que certaines albumines, l'albumine de l'œuf, la caséine, injectées dans le sang, s'éliminent immédiatement en nature à travers un rein normal.

Puisqu'il est avéré que l'introduction expérimentale de certaines albumines anormales dans le sang peut causer l'albuminurie, il est naturel de se demander si la maladie ne peut donner naissance à des albumines mal formées. La question paraît devoir être résolue par l'affirmative. L'hyperthermie fébrile, les maladies infectieuses, l'anémie et la chlorose, certains états cachectiques, certaines intoxications peuvent, même sans qu'il existe de lésions rénales, s'accompagner d'albuminurie, uniquement par les modifications chimiques qu'elles provoquent dans l'organisme. Les troubles fonctionnels de certains organes retentissant sur la nutrition générale peuvent aussi déterminer l'albuminurie. Celle-ci existe dans beaucoup d'affections du tube digestif, notamment dans la dilatation de l'estomac. Elle est très fréquente enfin dans les maladies du foie, et c'est une cause d'albuminurie jusqu'ici peu étudiée.

La plupart des observateurs qui ont parlé de l'albuminurie dans les affections du foie ont pensé

---

veux terminer, qui a eu le don d'évoquer l'avenir dans la troublante évocation qui suit :

De quoi demain sera-t-il fait ?
L'homme aujourd'hui sème la cause,
Demain, Dieu fait mûrir l'effet.
Demain c'est l'éclair dans la voile,
C'est le nuage sur l'étoile,
C'est un traître qui se dévoile,
C'est le bélier qui bat les tours,
C'est l'astre qui change de zone,
C'est Paris qui suit Babylone ;
Demain, c'est le sapin du trône,
Aujourd'hui c'en est le velours ! —
Demain, c'est le cheval qui s'abat blanc d'écume,
Demain, ô conquérant, c'est Moscou qui s'allume,
La nuit, comme un flambeau ;
C'est votre vieille garde au loin jonchant la plaine ;
Demain, c'est Waterloo ! Demain, c'est Sainte-Hélène !
Demain, c'est le tombeau ! —

H. Taine prétend que le Français prend l'amour comme un passe-temps, et non comme une ivresse ; que c'est un joli fruit qu'il cueille, goûte et laisse.

Les pensées qui suivent sont peu encourageantes pour ceux qui ne savent pas s'astreindre à un travail régulier :

La paresse consume insensiblement toutes les vertus. (La Rochefoucauld.)

La paresse a détruit plus de nations encore que l'épée. (Addison.)

La paresse fait avorter plus de talents que l'activité n'en fait éclore. (Mlle de Lespinasse.)

Mauvais capital que la paresse ! (E. de Girardin.)

Paresse est manque de courage. (A. de Musset.)

Fuyez l'indolente paresse ;
C'est la rouille attachée aux plus brillants métaux.
(Voltaire.)

Un moraliste, le comte d'Oxenstiern, a dépeint ainsi la paresse :

C'est une femme à l'air doux qui marche à pas compté, couverte d'une robe de toile d'araignée, portée par le sommeil, s'appuyant sur le bras de la faim, ayant les misères pour suite, passant le printemps de son âge sur un lit de repos et son automne à l'hôpital. ».

En résumé, les hommes qui savent bien économiser et bien employer leur temps sont précisément ceux qui ont aussi le plus à en donner aux plaisirs dignes et vrais et l'on peut dire qu'en somme ils vivent plus longuement, plus heureusement et plus utilement que les autres.

Si M. Bertillon, ou tout autre statisticien, pouvait calculer la proportion de la vie indifférente ou inutile, surtout en province, quelle perte de force morale et intellectuelle il constaterait, au grand préjudice du perfectionnement, du progrès et du bonheur de la patrie !

Dr Grellety (de Vichy).

que celle-ci n'était qu'indirectement le résultat de l'état de cet organe lui-même et qu'elle découlait d'une complication rénale. Bright avait signalé l'existence de l'hypertrophie du foie chez certains de ses malades.

Murchison, il est vrai, en 1874, avait fait allusion à l'existence d'une albuminurie dans les troubles fonctionnels du foie. Il y a, disait-il, des raisons pour croire que l'albuminurie peut être produite par un trouble hépatique, en dehors de toute lésion organique des reins. » Il ajoutait : « J'ai si souvent vu l'albuminurie, associée avec des troubles hépatiques, disparaître complètement et définitivement lorsque ces derniers ont été dissipés, que je ne puis guère douter du rôle que joue le foie comme cause d'albuminurie, question sur laquelle on n'a pas jusqu'ici suffisamment appelé l'attention. »

Ces affirmations n'ont pas résolu la question, car si l'albuminurie est fréquente dans les maladies du foie, elle peut dépendre de causes multiples et complexes ; mais Murchison n'a pas dit quel était l'état anatomique de l'organe dans les cas dont il parle. D'après les symptômes qu'il énumère comme caractérisant les troubles du foie, on peut se demander si les malades qu'il a observés n'étaient pas tout uniment des dyspeptiques. Or nous connaissons la fréquence de l'albuminurie dyspeptique en dehors même de la congestion hépatique.

Mais M. Bouchard a, le premier, fourni des arguments d'ordre expérimental et clinique, vraiment démonstratifs, au point de vue expérimental, ayant injecté d'abord, dans une veine périphérique, chez un lapin une solution de caséine, il constate que la caséine s'élimine par les urines sans y être accompagnée par de l'albumine.

Puis il injecte la même solution de caséine dans une branche d'origine de la veine porte : les urines ne renferment pas de caséine, mais elles contiennent de l'albumine. Il conclut de cette expérience que le foie est capable de faire subir à certaines substances protéiques une modification qui les oblige à s'échapper par les reins à l'état d'albumine ; qu'on peut ainsi provoquer une albuminurie hépatique expérimentale.

Mais c'est à la statistique clinique, que M. Bouchard a demandé les meilleures preuves de l'existence d'une albuminurie hépatique. Il devait écarter de sa statistique toutes les maladies dans lesquelles la lésion du foie coexiste avec l'hyperthermie ou des lésions du rein ; car, la fièvre et la néphrite pouvant par elles-mêmes causer l'albuminurie, il eût été impossible de savoir si le foie avait été pour quelque chose dans celle-ci. M. Bouchard s'est donc arrêté au choix de trois états pathologiques chroniques et apyrétiques, d'une évolution lente et dans une certaine mesures compatible avec la santé, et au cours desquels la tuméfaction du foie est une complication contingente. Un grand nombre de malades atteints de dilatation de l'estomac, de diabète, d'obésité, de goutte ont été examinés par lui, au double point de vue du volume du foie et de l'existence de l'albuminurie.

Or, chez les diabétiques dont le foie est normal, la proportion de l'albuminurie est de 16 pour 100. Chez les diabétiques avec gros foie, la proportion de l'albuminurie est de 64 pour 100.

Chez les obèses, avec foie normal, la proportio n de l'albuminurie est de 11 pour 100. Chez le obèses, avec gros foie, la proportion monte à 68 pour 100.

Chez les goutteux, avec foie normal, la proportion de l'albuminurie est de 43 pour 100. Chez les goutteux avec gros foie, cette proportion monte à 100 pour 100.

Dans 95 cas d'albuminurie chronique, non toxique, non cachectique, non cardiaque, M. Bouchard a constaté 45 fois l'existence du gros foie. Chez les 50 autres malades, l'albuminurie dépendait d'une néphrite. Il n'affirme pas que les 45 albuminuriques, avec gros foie, fussent tous exempts de lésions rénales ; mais il a constaté chez bon nombre d'entre eux l'absence de tout cylindre dans les dépôts urinaires.

Une cause d'erreur a pu se glisser dans l'estimation des relations de l'albuminurie avec le gros foie ; elle tient à ce que certains malades étaient en même temps affectés de dilatation de l'estomac. On peut dès lors se demander si leur albuminurie n'était pas dyspeptique plutôt que hépatique ; on peut également se demander si la tuméfaction du foie n'était pas la congestion de la dilatation gastrique plutôt que le gros foie. M. Bouchard a donc, par prudence, exclu de sa statistique tous les malades atteints de dilatation de l'estomac. Il est arrivé néanmoins à des résultats statistiques saisissants :

Sur 100 malades atteints de gros foie, sans ectasie gastrique, on observe 46 fois une albuminurie chronique qui n'est ni toxique, ni cachectique, ni cardiaque, ni dyspeptique, et qui, pour le plus grand nombre des cas, n'est certainement pas rénale.

Sur 100 malades affectés d'une albuminurie chronique qui n'est ni toxique, ni cachectique, ni cardiaque, ni dyspeptique, et qui, le plus souvent, n'est pas rénale, on observe 25 fois une tuméfaction du foie qui n'est pas la congestion de la dilatation gastrique et qui présente les caractères de ce que M. Bouchard appelle le gros foie.

De tout ce qui précède, il résulte avec une entière évidence qu'*il y a une relation entre le gros foie et une variété de l'albuminurie chronique*.

Est-ce l'albuminurie qui provoque la tuméfaction du foie ? Est-ce le gros foie qui engendre l'albuminurie ? M. Bouchard adopte cette dernière opinion, parce qu'il sait qu'une autre maladie du foie, la congestion de la dilatation gastrique, a une influence notable sur le développement de l'albuminurie et parce qu'il connaît une albuminurie hépatique expérimentale.

En général, on ne découvre l'albuminurie hépatique que par hasard, ou parce qu'on la cherche systématiquement.

C'est ici le lieu de rappeler qu'aujourd'hui la nécessité s'impose au médecin d'analyser systématiquement les urines de tous ses malades, s'il ne veut pas s'exposer à méconnaitre la cause réelle de beaucoup de leurs maux.

L'albuminurie de cause hépatique est le plus souvent légère ; l'albumine, quoique rétractile, est quelquefois si peu abondante que par suite de son état de dilution elle ne donne pas lieu au coagulum rétractile que l'action de la chaleur, succédant à l'action des réactifs coagulants, fait apparaître dans les urines rétractiles. A ce degré d'ébauche, l'albuminurie hépatique ne s'accompagne ni d'œdème, ni de troubles de la vue, ni de dyspnée, ni de troubles cardiaques. Mais el

peut exister à un degré intense, 0 gr. 50 à 3 grammes par jour. Même dans cette albuminurie intense, l'œdème est rare pourtant ; mais la dyspnée est intense, avec sibilances et râles bullaires. Les palpitations sont communes et fréquemment on perçoit un dédoublement du premier bruit à la pointe du cœur. Il peut y avoir des épistaxis comme dans la néphrite interstitielle ; M. Bouchard a vu même une fois des hémorrhagies rétiniennes.

Mais, malgré cette abondante excrétion d'albumine et ce cortège de symptômes pouvant simuler une néphrite, *jamais on ne trouve de cylindres dans les sédiments urinaires, et toujours le foie est gros* ; il est parfois énorme, son bord inférieur pouvant descendre jusqu'à dix travers de doigt au-dessous du rebord costal. Outre ces deux signes différentiels entre l'albuminurie hépatique et celle des néphrites il en est un qui juge la question en cas de doute, c'est le succès de la thérapeutique spéciale dont nous allons parler.

Lorsque l'albuminurie existe en même temps que le gros foie, elle subit des variations parallèles à celles de l'affection hépatique, et, quand l'état du foie s'améliore, l'albuminurie disparaît, avant que le foie soit totalement revenu à son état normal. Les récidives sont fréquentes, et toujours on peut constater que le foie s'est de nouveau tuméfié quand l'albumine reparaît.

Si on essaie de guérir ou d'améliorer l'albuminurie hépatique par les moyens qui réussissent en général dans les néphrites, tannin, iodure, alcalins, révulsifs, bains de vapeur, on n'obtient aucun succès. Le régime lacté, il est vrai, la guérit, et il guérit aussi certaines albuminuries d'origine rénale.

Mais, pour que le lait guérisse l'albuminurie de cause hépatique, il est indispensable qu'il soit pris suivant certaines règles, c'est-à-dire *en quantité très modérée,* à doses fractionnées et à intervalles égaux. Si le lait est pris sans ménagement, à la dose de plus de deux litres, l'albuminurie hépatique augmente et les symptômes généraux s'aggravent.

M. Bouchard se demande même si c'est bien le lait qui agit en pareil cas ; car il semble qu'on puisse obtenir un résultat presque aussi avantageux de *tout régime insuffisant* (viandes blanches, fruits cuits, peu de féculents et de graisses, peu de boissons, larges intervalles entre les repas), — régime qui n'oblige pas le foie à fonctionner sans cesse et à emmagasiner plus de matériaux que l'organisme n'en consomme, qui laisse reposer le foie et même lui permet de se décharger de l'excès de matière qui l'encombrait.

Cependant, le lait et les œufs semblent convenir mieux que toute autre alimentation ; ce régime comporte, sous un faible volume, des matières azotées faciles à transformer, des matières grasses déjà émulsionnées, du sucre au minimum ; et pourtant c'est un aliment complet.

M. Bouchard prescrit donc comme régime exclusif, quand il a constaté chez un malade une albuminurie sans cylindres rénaux et un gros foie, 1250 grammes de lait en 5 doses et des œufs au nombre de 5 à 10 ; le tout est réparti en cinq repas, qui sont pris de 4 en 4 heures.

Il ajoute souvent à ce régime un médicament, le calomel. Une pilule de 0.02 centig. est prise chaque matin pendant 20 ou 40 jours. L'emploi du calomel ayant donné des résultats avantageux dans d'autres affections hépatiques, les cirrhoses, M. Bouchard a cru pouvoir l'appliquer au gros foie ; mais il ne peut affirmer son efficacité, puisqu'il prescrit toujours en même temps le régime alimentaire ci-dessus décrit, et puisque ce régime suffit, même sans médicament, à réduire le foie et à supprimer l'albuminurie.

P. Le Gendre.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La déclaration médicale obligatoire des maladies infectieuses transmissibles.

On a déjà noirci tant de papier, et dans bien des pays, pour discourir sur la déclaration médicale obligatoire des maladies infectieuses transmissibles, que ce n'est pas sans hésitation que nous osons en parler de nouveau à cette place. Nous le devons cependant, afin de répondre à une préoccupation qui s'est manifestée depuis un an avec une nouvelle intensité dans nombre de Sociétés médicales et aussi parce que nous sommes sans doute au début d'une nouvelle campagne que les hygiénistes vont entreprendre auprès des pouvoirs publics pour obtenir les réformes législatives qu'ils croient indispensables à la santé publique. Aussi bien il semble qu'un certain antagonisme, que nous voudrions espérer n'être qu'un malentendu, existe sur cette question entre les médecins et les hygiénistes et, ce qui n'est pas un des côtés les moins curieux de cette situation, on dirait que de sa solution dépendent en France les progrès de l'hygiène publique.

* * *

Sur la nécessité de la déclaration de certaines maladies transmissibles à l'autorité publique chargée d'assurer la prophylaxie de ces maladies, il ne saurait y avoir et il n'y a de fait aucune opposition. Que de milliers d'exemples l'on peut citer dans lesquels, faute de cette déclaration, des épidémies sont survenues qui, en se propageant avec plus ou moins de rapidité, ont décimé des familles, des agglomérations, des contrées entières ! Il n'est assurément pas de mesure sanitaire plus importante ni plus urgente. Aussi n'y a-t-il pas lieu d'insister. Cette déclaration doit être obligatoire et par qui doit-elle être faite ? Telles sont les vraies questions à examiner.

A la première nous ne saurions donner d'autre réponse que la nécessité qui subordonne, dans une limite juste et raisonnable, les convenances des intérêts personnels à la sauvegarde de l'intérêt public. La déclaration obligatoire procède de ce même ordre de considérations qui exigent l'obligation du service militaire, celle d'obéir aux lois du pays, et définit en somme la civilisation d'un peuple d'après la nature et l'importance des obligations sociales librement consenties par la majorité de ses citoyens. La nécessité de la déclaration une fois reconnue, la négligence ou le mauvais vouloir d'un seul peut avoir des conséquences trop funestes pour qu'elle ne devienne pas une obligation générale.

Mais à qui cette obligation doit-elle être imposée ? C'est ici qu'un désaccord singulier règne en ce moment, désaccord qu'il convient d'étudier avec quelques détails et avec précision. Comme

on le disait naguère encore en Angleterre, l'obligation de la déclaration des maladies infectieuses transmissibles peut être imposée au chef de famille ou logeur, au médecin traitant, à l'un d'eux ou à tous les deux à la fois. Système unitaire, système dualiste, tel est l'objet du débat.

***

Le 24 septembre 1888, le comité consultatif d'hygiène publique de France déclarait, sur le rapport de M. Brouardel, « qu'il serait utile pour la santé publique : 1° que le médecin appelé auprès d'un malade atteint de certaines maladies épidémiques fût tenu d'en faire la déclaration ; 2° qu'une statistique des causes de décès, basée sur les déclarations des médecins traitants, fût organisée dans toute la France, d'après le système adopté par l'Académie de médecine, par la Ville de Paris, par l'Association générale des médecins de France ».

Après avoir reproduit ces conclusions dans son rapport au même comité, en 1890, sur le projet de revision de la loi sur l'exercice de la médecine, M. Brouardel rappelait de nouveau la nécessité de rechercher les meilleurs moyens de concilier, pour ce qui concerne les causes de décès, les intérêts de l'hygiène publique et ceux de la statistique médicale avec l'obligation du secret professionnel. Cette obligation domine aujourd'hui encore toute la discussion et il importe de la dégager dès maintenant de notre étude.

La loi française du 3 mars 1822 sur la police sanitaire fait, dans son article 13, une obligation stricte de la déclaration en cas de maladie pestilentielle, c'est-à-dire en cas de choléra, peste, fièvre jaune. Mais, en dehors de ces cas, l'homme de l'art qui constate une maladie transmissible est-il tenu d'en informer l'autorité ? C'est là une question qui a été longtemps controversée, car l'obligation du secret professionnel, édictée par l'article 378 de notre code pénal, lie ici tous ceux qui exercent la médecine. Cet article est ainsi conçu : « Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état et profession des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 à 500 francs ».

M. Brouardel que nous aimons à citer encore, car il est aujourd'hui le gardien le plus autorisé des légitimes prérogatives du corps médical français, et son opinion dans cette question s'est graduellement faite d'après une étude consciencieuse et prolongée des intérêts en présence, a fait toutefois remarquer que cet article ne serait applicable que si les faits révélés par le médecin rentraient dans les deux groupes suivants : faits confiés sous le sceau du secret, faits secrets par nature. Peut-on synthétiser les caractères propres à ces deux catégories de faits, ou préciser ce qui les constitue dans la majorité des cas ? Pour nous, disait-il, il y a trois éléments principaux constitutifs du secret médical ; nous ne disons pas qu'ils sont les seuls, mais ils sont essentiels par eux-mêmes ; ce sont :

1° La nature de la maladie, les affections vénériennes, par exemple, appelées honteuses ou secrètes dans le langage populaire, puis toutes les maladies réputées héréditaires ;

2° L'avenir, le pronostic de la maladie, constitue le second élément du secret. Dans une maladie en évolution, ce n'est pas seulement sa nature qui constitue le secret, c'est son pronostic. Révéler qu'un homme est cardiaque, diabétique, albuminurique, c'est indiquer la probabilité d'une échéance plus ou moins éloignée. La maladie peut avoir des rémissions très prolongées ; c'est presque interdire au malade d'en profiter dans ses intérêts d'ambition ou d'argent que d'avertir le public que l'avenir lui est dès maintenant limité dans une parcimonieuse mesure.

3° Enfin, il est des circonstances de fait, faisant un secret d'une maladie ou d'un accident qui, dans des conditions différentes, pourraient être librement divulguées. Une blessure par un coup d'épée ou un coup de feu n'est pas, par sa nature, de la catégorie des affections secrètes ; mais si elle a été reçue dans un duel clandestin, dans une insurrection, elle peut le devenir. Il en est de même d'une mort subite dans une maison mal famée.

Mais ces éléments constitutifs du secret ne se rencontrent pas pour l'immense majorité des maladies épidémiques. Il n'y a pas secret confié ou chose secrète par nature pour le plus grand nombre des maladies épidémiques et contagieuses ; pour d'autres, au contraire, le secret s'impose. La magistrature, pas plus que les familles, n'a jamais attribué à ces maladies le caractère du secret visé par l'article 378 du code pénal. Le législateur a d'ailleurs résolu la question de droit par l'article 13 de la loi du 3 mars 1822 que nous rappelions tout à l'heure. La déclaration doit-elle donc rester uniquement obligatoire pour des maladies importées, telles que le choléra, la peste, la fièvre jaune, accidentelles chez nous, et non pour les maladies infectieuses nées sur notre territoire, quel que soit leur mode de transmission : la variole, la fièvre typhoïde, la diphtérie, par exemple, qui pourtant vont jusqu'à menacer la sécurité nationale et font bien plus de victimes en France en un siècle que n'en fauchent les pestes les plus redoutées ? On pourrait donc, sans aucune crainte de violer le secret professionnel, édicter pour ces maladies une loi analogue à celle du 21 juillet 1881 qui protège les intérêts des cultivateurs contre les épizooties des animaux domestiques.

(*A suivre.*) A.-J. MARTIN.

(*Gazette hebdomadaire.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Alliance des médecins officiers de santé de France.

Rapport à MM. les Conseillers généraux sur la suppression de l'officiat de santé (1).

Monsieur le Conseiller général,

A la demande de la Commission du Sénat chargée d'examiner le projet de loi sur l'exercice de la Médecine, M. le Ministre de l'Intérieur vient de prescrire aux Préfets de consulter les Conseils

(1) Nous reproduisons ce travail ; il devrait mettre fin à des procès de tendance qu'on nous a faits parfois ; les officiers de santé sont excellents juges dans leur propre cause, et nos conclusions ont toujours été les leurs. Ils se louent, comme nous, de la Loi Chevandier. A. C.

généraux, dans la session d'août, sur les deux questions suivantes :

1° *Y a-t-il intérêt pour les populations de la campagne, à maintenir l'existence de l'officiat de santé tel qu'il existe en ce moment ?*

2° *Si dans l'avenir le recrutement des officiers de santé était supprimé, le service médical serait-il assuré dans les campagnes ?*

En réalité, il s'agit dans ces deux questions, non pas de la suppression des officiers de santé actuels, comme ont voulu l'insinuer quelques journalistes politico-médicaux, mais bien du maintien ou de la suppression d'une institution caduque, l'*officiat de santé*. Tout le monde sait que les officiers de santé actuels ont des *droits acquis* que nul ne saurait leur enlever. — La Chambre des Députés, le 18 Mars dernier, lors de la discusion de la loi sur l'exercice de la Médecine, s'est prononcée à une énorme majorité pour la *suppression*. — Vous êtes appelé à votre tour, M. le Conseiller général, à donner votre avis, de telle sorte que de cette consultation demandée aux Conseils généraux, paraît dépendre le maintien ou la suppression de l'officiat.

Nous avons pensé qu'il vous serait agréable d'avoir des renseignements précis sur cette question, et nous prenons la liberté de vous transmettre, au nom de l'*Alliance des médecins officiers de santé de France*, la présente circulaire délibérée et votée dans son Assemblée générale du 5 juillet dernier.

Depuis 1883, le niveau des études médicales en vue de l'officiat a considérablement augmenté. Il faut maintenant, comme pour le Doctorat, 16 inscriptions et 3 ans de stage hospitalier. Les examens sont les mêmes, sauf que l'officier de santé n'est pas interrogé sur l'Hygiène, ni sur la Médecine légale et qu'il ne soutient pas de thèse. A tel point que, dans son remarquable discours à la Chambre des députés, l'honorable M. Lenglet a pu dire : « *Il n'y a donc entre l'officiat de santé et le docteur que la différence d'une version latine* (1). » Pourquoi alors conserver des médecins de deux ordres ? Pourquoi leur interdire certaines opérations réservées aux docteurs, puisqu'ils passent les mêmes examens en anatomie et en médecine opératoire ? Avec les restrictions qui l'entourent, il est impossible à l'officier de santé d'exercer la médecine comme un sacerdoce et selon le cri de sa conscience. Il n'a pas le droit, par exemple, d'appliquer le forceps dans un accouchement laborieux et cependant il le fait quand la vie de la femme ou celle de l'enfant, et les deux quelquefois, lui semblent compromises. Mais c'est en tremblant, malgré ses capacités et son expérience, qu'il sauve la vie à la mère et à l'enfant, car il sait que, même dans la réussite, il encourt les peines correctionnelles.

On ne fait bien, en somme, que ce que l'on a le droit de faire et ce dont on peut revendiquer la responsabilité.

Ne vaut-il pas mieux supprimer l'officiat que d'exposer toute une catégorie de citoyens à commettre des délits quand il s'agit de la vie de son semblable ? La situation de l'officier de santé est intenable dans la société. Personne n'ose l'appeler : « M. l'officier de santé » ; on l'appelle « M. le docteur », comme si le mot docteur pouvait seul désigner le médecin. Ce vocable est tellement généralisé en France qu'il consacre presque à lui seul la suppression de l'officiat de santé.

(1) Nous tenons à faire remarquer que tous les officiers de santé *ont* le certificat de grammaire *ou* sont bacheliers ès sciences et que, pour ces deux examens, ils ont eu à faire une version latine.

Les adversaires de la suppression de l'officiat ne manqueront pas, M. le Conseiller, de faire valoir que supprimer l'officiat, c'est priver pour l'avenir les *campagnes* de médecins. Rien n'est plus faux qu'un tel argument, car les statistiques fournies par le gouvernement lui-même démontrent que, depuis 15 ans, le nombre des médecins-officiers de santé est tombé de 7,000 à 2,300.

Actuellement en France la réception des officiers de santé paraît limitée à 100 par année. Le nombre des docteurs croît en sens inverse, et chaque fois qu'un officier de santé disparaît, il est remplacé par un docteur. Ce fait résulte de ce qu'il n'est pas plus long ni plus difficile de se faire recevoir aujourd'hui docteur qu'officier de santé. Puisque les officiers de santé disparaissent d'eux-mêmes, vu la difficulté des études et les restrictions mises à l'exercice de leur profession, ne vaut-il pas mieux dès maintenant en finir avec une situation qui n'a plus sa raison d'être, en supprimant l'officiat et en facilitant aux officiers de santé actuels l'accès au doctorat ?

L'argument que l'on pourra vous faire valoir sur l'utilité tout à fait spéciale de l'officier de santé dans les campagnes est archi-mauvais. Pourquoi, en effet, des médecins d'un ordre inférieur dans les campagnes ? Est-ce que les maladies y sont autres que celles des villes ? Vous fera-t-on croire qu'il faut deux catégories de médecins, parce qu'il y a deux catégories de malades, les malades des champs et ceux des villes ? Les campagnes ont surtout besoin de médecins capables, car, éloigné des grands centres, le médecin est dans l'obligation d'y faire la médecine complète, la chirurgie, les accouchements, les maladies spéciales de la femme et de l'enfant, etc., etc. Il n'y a pas à la campagne, comme à la ville, des médecins spécialistes, des professeurs pour s'éclairer, si besoin est. Et puisqu'on attache si peu d'importance à la science de l'officier de santé, ce n'est pas en se basant sur les motifs ci-dessus qu'il faudrait *attirer* ou *reléguer* les officiers de santé dans les *campagnes*, mais bien au contraire dans les *villes*. *Chose singulière* et tout à fait anormale, l'officier de santé, même d'après la nouvelle loi, reste soumis, dans les cas d'accouchements laborieux, par exemple, à l'assistance d'un docteur, et on veut qu'il exerce son art, sur les points du territoire qui, selon les partisans eux-mêmes de l'officiat, *manquent* de docteurs ! Quoi de plus antidémocratique que cette tendance à la relégation complète de l'officier de santé dans son département, dont il ne peut sortir quand il habite sur la limite d'un autre département, sans être poursuivi pour exercice *illégal* de la médecine ! Par ce fait, nous n'avons pas seulement les maladies des villes et celles des champs, mais encore les maladies des départements.

On ne manquera pas de vous dire, M. le Conseiller, que les campagnes ne demandent pas la suppression *dans l'avenir* des officiers de santé. Mais elles ne demandent pas davantage la suppression des *rebouteux* !

L'unification du diplôme mettra la France au niveau des autres pays, qui, depuis longtemps, ne possèdent plus qu'un seul ordre en médecine.

Tout, du reste, milite en faveur de la suppres-

sion de l'officiat de santé. La loi militaire elle-même est contraire à leur recrutement.

De l'avis de l'éminent doyen Brouardel, l'élève officier de santé étant obligé, contrairement à ce qui a lieu pour l'élève docteur, de faire son service militaire complet, ne pourra terminer ses études médicales qu'à l'âge de 28 ans. Or on prétend que ce sont des familles d'artisans peu aisés qui font de leurs enfants des officiers de santé ; comment feront-elles alors pour soutenir leur fils dans les études jusqu'à l'âge de 28 ans ? C'est les engager dans une voie fausse, et, par conséquent, il faut supprimer l'officiat.

Dans le but d'influencer votre conscience, vous allez peut-être recevoir, M. le Conseiller, si vous ne l'avez déjà reçue, la circulaire d'un officier de santé qui se targue de parler au nom des officiers de santé de France. *C'est faux*. Ce confrère ne parle qu'en son nom. Jamais les réunions qu'il a provoquées n'ont été publiques, elles ont toujours été privées, et, pour y assister, il fallait être inscrit d'avance, nous en avons les preuves. La dernière réunion était dans ce cas. La suppression de l'officiat supprimerait du même coup le journal dont il est le directeur et le propriétaire et dont les abonnés sont exclusivement des officiers de santé ; c'est en agitant le spectre de la suppression des officiers de santé *actuels* qu'il a pu grouper autour de lui quelques confrères timorés, car, nous le répétons, il ne s'agit pas dans la loi de la suppression des officiers de santé en exercice, mais bien de l'institution nommée *officiat de santé*.

On fera valoir à vos yeux, M. le Conseiller général, certains intérêts de clocher en faveur du maintien de l'officiat.

Et les Ecoles secondaires préparatoires, que vont-elles devenir, si vous supprimez l'officiat ? Soyez sans crainte aucune, M. le Conseiller, elles ne disparaîtront pas. Nous sommes, à l'*Alliance des médecins officiers de santé de France*, partisans autant que quiconque de la décentralisation scientifique. Nous sommes au contraire convaincus qu'elles deviendront plus fortes et plus florissantes que jamais. En effet, M. le Ministre de l'Instruction publique, lors de la discussion de la loi à la Chambre des Députés, a dit : « Nous « devons nous-mêmes prendre toutes les mesu- « res nécessaires pour que les Ecoles secondaires « de Médecine ne soient pas atteintes par les effets « du projet de loi en discussion. » Parmi ces mesures, M. le Ministre vise l'organisation de l'enseignement préparatoire des sciences médicales accessoires avec facilités de scolarité et enfin l'organisation de Jurys d'Etat chargés d'aller y faire passer des examens.

Tout serait ainsi fait pour retenir dans les écoles secondaires préparatoires les étudiants qui les désertent de plus en plus.

Nous faisons appel, M. le Conseiller, à votre conscience, à vos sentiments de justice et de liberté pour la suppression de l'officiat. Un citoyen muni du titre d'officier de santé, se trouve dans les conditions anormales pour vivre. Il souffre continuellement du dédain que son titre inspire. Comme nous, vous savez qu'*un diplôme ne vaut que ce que vaut l'homme*. Mais le public, lui, *confond l'homme et le diplôme*. Le diplôme étant discrédité, l'homme l'est aussi, car, après tout, il n'est « qu'officier de santé. » L'officier de santé ressemble à cet accusé disant en Cour d'assises au Président qui le malmenait : « Enfin, M. le Président, à vous entendre, je n'ai même pas le droit d'être innocent ». L'officier de santé, si habile qu'il soit, n'a pas même le droit, aux yeux du public, d'être un homme instruit. Et cependant, qu'étaient donc les Raspail, les Littré (1) etc., si ce n'est des officiers de santé ?

En pleine République, en plein régime de liberté, l'officier de santé est le seul citoyen auquel les lois barrent la route. Le docteur en médecine, pour atteindre ce titre, n'a pas passé par la licence, comme cela se fait pour le droit, les sciences et les lettres. Il est impossible à l'officier de santé d'arriver au doctorat sans retourner non pas seulement sur les bancs de la Faculté, mais encore sur ceux de l'Université. Il faut qu'il possède ce fameux baccalauréat ès lettres qui lui manque. Comment voulez-vous donc que l'officier de santé, reçu en conformité de la nouvelle loi militaire à 28 ou 29 ans, puisse se mettre, à cet âge où le *struggle for life* s'impose, à faire un baccalauréat ? Il est condamné à porter toute sa vie son titre discrédité d'officier de santé, sans jamais pouvoir atteindre un degré plus élevé dans l'échelle sociale. Nous sommes loin, M. le Conseiller, de ces mots récemment prononcés par M. le ministre des Travaux publics :

« Je proclame l'aptitude de tous les citoyens à toutes les fonctions, selon leurs capacités. »

CONCLUSIONS :

Les conclusions de cette circulaire, M. le Conseiller général, sont que l'officiat de santé a vécu, que c'est une institution antidémocratique créée pour les besoins spéciaux d'une époque déterminée, et *qu'il faut supprimer*. Aussi nous permettons-nous de vous soumettre la formule du vœu que nous voudrions vous voir émettre :

« 1° L'officiat de santé doit être supprimé dans « l'intérêt même de la population de la campa- « gne.

« 2° Les officiers de santé actuellement reçus et « les élèves en cours d'étude pourront exercer la « médecine sur tout le territoire de la République « Française et des Colonies.

« 3° Les officiers de santé exerçant depuis 2 ans « et les élèves en cours d'étude après deux ans « d'exercice, pourront obtenir le grade de docteur « en subissant un examen d'hygiène et un exa- « men de médecine légale. »

S'il ne vous plaisait pas, M. le Conseiller, de prendre l'initiative de notre vœu à votre Conseil général, nous vous prions de répondre de la façon suivante aux questions qui vous sont soumises par M. le Préfet au nom de la commission du Sénat,

NON à la première question.
OUI à la deuxième question.

Nous espérons, M. le Conseiller, que vous vous laisserez convaincre par les arguments sérieux contenus dans la présente circulaire.

Veuillez agréer,
Monsieur le Conseiller général,
L'expression de notre considération la plus distinguée,

(1) Ici une petite rectification historique : Littré, ancien interne des hôpitaux de Paris, avait, croyons-nous, passé tous les examens pour le doctorat, sauf sa thèse pour laquelle l'argent lui manquait.
N. de la R.

Pour l'*Alliance des Médecins Officiers de Sante de France.*

LES MEMBRES DU BUREAU :

Le Vice-Président : F. AURY, Médecin à St Martin-d'Apres (Orne).

Le Président : A. SARAZIN, Médecin de la Faculté de Paris, 28, rue Darcet.

Le Secrétaire général : J. DUPONT, Médecin de la Faculté de Paris, 1, Boul. de Belleville, Paris

Les Conseillers :

Ernest DE LIVAUDAIS, Chevalier de la Légion d'Honneur Médecin à Daoulas (Finistère)

BILLET, Médecin de la Faculté de Paris 32, rue Lourmel, Paris

Le format de cette circulaire ne nous permettant pas, Monsieur le Conseiller, de mettre sous vos yeux les nombreuses lettres d'adhésion particulières arrivées à l'*Alliance des Médecins Officiers de Santé de France*, de tous les points du territoire, nous nous contentons de vous faire connaître dans quels termes la *Société médico-pratique des Médecins Officiers de Santé des Bouches-du-Rhône et du midi de la France* adhère aux projets de notre *Alliance* relativement à la suppression de l'Officiat de Santé.

Marseille, le 2 Juillet 1891.

A Monsieur le Président de l'*Alliance des Médecins Officiers de Santé de France.*

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

Nous avons l'honneur de vous informer qu'en vertu d'une délibération de l'Assemblée Générale, tenue le 1er Juillet courant, la *Société médico-pratique des Médecins Officiers de Santé des Bouches-du-Rhône et du midi de la France,* donne l'adhésion la plus complète au but que vous poursuivez, relativement à la suppression de l'Officiat de Santé et à la loi sur l'Exercice de la Médecine en France (loi Chevandier).

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de nos meilleurs sentiments de confraternité.

Le Vice-Président : HONNORAT, Médecin à St-Geniez.

Le Président : F. BAGARRY, Médecin à Marseille.

Le Vice-Secrétaire : Paul SIGARD, Médecin à Marseille, 64, Grande-Rue.

Le Secrétaire : L. AMIC, Médecin à Marseille, 25, Grand Chemin d'Aix.

Le Trésorier-Archiviste : Médecin à Marseille, 26, rue Nationale.

Les honoraires dans les accouchements.

Un de nos confrères nous écrivait récemment : « Une cliente m'informe de sa grossesse et de sa terminaison probable, certaine même, pour une date qu'elle précise, me demandant de lui assurer mon assistance pour ce moment. Je la lui promets et attends avec d'autant plus de sécurité, qu'elle a une garde experte et attentive. — Une belle nuit on vient carillonner à ma porte, m'appelant en hâte. Je me rends sans délai à cet appel et je trouve un enfant qui vient *à l'instant* de naître et encore attaché au cordon. Je termine à l'ordinaire, et, tout remis en ordre, j'exprime quelque étonnement de n'avoir point été averti dès la veille au soir de quelques phénomènes prémonitoires constatés ; je crois voir que la garde n'a pas été fâchée de prouver sa grande expérience et que l'on se fût volontiers passé de moi, puisque tout a été à merveille.

L'époque du réglement d'honoraires venu, je réclame le prix ordinaire, ce que l'on trouve d'autant plus étrange que, pour un accouchement antérieur, étant absent, j'avais dû être suppléé par un confrère (que j'avais réglé moi même) et alors que mes prétentions par ce fait avaient été envers la cliente trés modérées. — *Est-il juste d'être réglé intégralement, puisque j'ai dû me réserver spécialement pour cet accouchement et qu'il n'y a point eu de ma faute si tout s'est passé si vite ?* ».

Nous avons sollicité les réponses de nos lecteurs : en voici quelques-unes :

Mon cher Confrére,

Dans le réglement du tarif du Syndicat d'Aisne-et-Vesle, il y a cet article : « *La délivrance seule est comptée comme un accouchement naturel* », et c'est justice.

Depuis plus de 50 ans, cet usage est établi dans le Soissonnais, le Laonnais et le pays rémois.

Dr H. LÉCUYER.

Votre correspondant dit :

1° « Pour un accouchement antérieur, étant absent, j'avais dû être suppléé par un confrère (que j'avais réglé moi-même). »

R. Je n'admets point en général ce mode de réglement ; il me répugnerait de donner ou de recevoir des honoraires de collégue à collégue ; il faut des cas spéciaux, par exemple : la crainte que le collègue perde ses honoraires.

2° « Et alors que mes prétentions, par ce fait, (réglement de confrère à confrère) avaient été envers la cliente, trés modérées. »

R. Cette phrase justifie déjà ma réponse à la question.

La cliente se trouve avoir bénéficié de ce que son médecin traitant réglait son remplaçant. Trés bizarre, cette situation !!!

3° « Est-il juste d'être réglé intégralement, puisque j'ai dû me réserver spécialement pour cet accouchement, et qu'il n'y a point eu de ma faute, si tout s'est passé si vite. »

R. En ne demandant point les honoraires ordinaires, pour son collègue, qui a fait le premier accouchement, le médecin traitant est mal fondé à réclamer un prix supérieur pour un accouchement qu'il n'a pas fait, et je ne m'étonne point que son client trouve la chose étrange et moi aussi. »

Dr DUBOIS (de Marans).

Pour le praticien, un accouchement simple se compose :

1° D'une période d'*attente* variable, mais durant quelquefois plus d'un mois (ce n'est pas le moins pénible dans un accouchement) et du dérangement apporté dans la régularité du service de la clientèle, le jour de l'accouchement.

2° De la *garantie* donnée à la famille, en cas de complications ou d'accidents.

3° De la présence au moment de l'acte.

Les honoraires, en dehors des soins avant et aprés, portent sur ces trois ordres de faits.

Pour les clients, la présence du médecin au moment de l'acte est *tout*, le reste n'est *rien*.

Cette manière de voir ne saurait être acceptée par les médecins, car elle est contraire à toute justice :

— La présence du praticien auprès de la parturiente, peut se prolonger *très longtemps,* comme elle peut ne durer qu'une demi-heure ou même moins, s'il est arrivé après... l'enfant.

— Cela ne dépend pas du médecin, inutile de le dire, et lorsque celui-ci s'est rendu sans délai à l'appel, il a rempli tous ses engagements, c'est-à-dire, *qu'il a attendu, qu'il a garanti, qu'il a été présent*, et les honoraires sont dus *intégralement* :

N. B. Deux fois, dans ma pratique, je me suis trouvé dans la situation de notre confrère, situation plus compliquée même, car j'avais quitté la parturiente, croyant avoir le temps de faire une visite pressée dans le voisinage, et pourtant mes honoraires ont été réglés chaque fois intégralement et sans aucune contestation.

Ivry, le 29 août 1891 Dr Courgey.

« Dans l'accouchement ordinaire, qu'y a-t-il, pour l'accoucheur, en outre de la délivrance et des soins consécutifs ? L'attente plus ou moins prolongée, qui, fût-elle de quelques minutes seulement, nous est réglée sans hésitation au taux d'une certaine durée.

Les honoraires tirent notamment leur importance de l'obligation où se trouve l'accoucheur de rester à la disposition, durant une quinzaine de jours et dans la mesure du possible, de la cliente ayant préalablement réclamé son assistance. C'est là un préjudice sans comparaison avec une simple application de son art et dominant l'importance des honoraires.

Le juge objectera-t-il que la parturiente avait fait la déclaration de l'instant de la conception ?

Tous les praticiens savent qu'une telle affirmation est sujette à caution.

« L'extraction du placenta a toujours été, dit Leroux, le point le plus délicat des accouchements. ».

Notre illustre maître, M. le professeur Pajot, n'a cessé de répéter qu'il ne fait jamais une délivrance sans trembler.

La délivrance et même la seule surveillance consécutive de l'utérus ont une importance capitale.

Bref, voici la conclusion qui ressortirait de la perte du procès de notre honorable confrère :

Les gardes-couches pourraient désormais inciter les parturientes à ne faire appeler l'accoucheur, préalablement engagé, qu'en cas de complications ; elles feraient office de matrones, non diplômées ni patentées, en vue de la majoration de leurs gages, ajoutant même la prétention d'un service pécuniaire rendu aux accouchées, au préjudice de l'art et de la sécurité des personnes.

Quant à la seconde question de notre confrère, elle n'intéresse aucunement le tribunal, ses honoraires actuels n'étant pas exagérés. Pour un accouchement antérieur fait par son remplaçant, il a voulu dédommager de son absence la famille ; c'était son affaire. Dr Lingrand.

« Si j'ai bien compris la seconde partie de la lettre du confrère, il doit réclamer les mêmes honoraires que la première fois.

Il n'a pas assisté, il est vrai, à toutes les phases de l'accouchement ; mais il est en somme intervenu dans l'opération principale de *tout accouchement simple*, dans la ligature du cordon, l'extraction du placenta, les soins consécutifs auprès de l'enfant et de la mère. »

Dr Leroy (de Noyon).

De ces réponses, nous concluons qu'un médecin dans la situation du confrère peut avec équité réclamer le prix ordinaire de ses accouchements.

REPORTAGE MÉDICAL

Voici les noms des quelques conseils généraux qui ont voté la suppression de l'officiat : Côte-d'Or, — (rapporteur M. le Dr Bourgeat) ; Pyrénées-Orientales ; Eure ; Isère ; Maine-et-Loire ; Gard ; Vosges ; Puy-de-Dôme.

— Un comité vient de se former à Lille pour élever un monument à M. le Dr Testelin, récemment décédé.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

MM. les Drs Chauvenet, à Plombières-les-Dijon (Côte-d'Or), présenté par M. le Dr Lallemant, de Norges ;

Giraud (Em.), à Marennes (Charente-Inférieure), membre du syndicat de la Seudre.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le Dr Correnson, à Jemmapes (Algérie), membre du Concours médical.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
Place de l'École de Médecine
4, rue Antoine-Dubois, 4

Manuel du candidat aux divers grades et emplois de médecin et pharmacien de la réserve et de l'armée territoriale, par le Dr F. Bouloumié. — Paris, *Société d'Editions scientifiques*, 1891. Prix : 5 francs.

Les médecins et pharmaciens civils sauront gré à M. le docteur Bouloumié de leur avoir montré les devoirs qu'ils auront à remplir lorsqu'ils seront appelés à faire un service actif dans l'armée.

L'expérience a montré que l'introduction subite, sans instruction spéciale préalable, de l'élément civil dans le milieu militaire, présente de très sérieux inconvénients. La science ne suffit pas, en effet, pour être à la tête d'un service en campagne.

Comme le dit excellemment l'auteur, les médecins n'auront pas seulement alors à faire acte de direction et de commandement dans certaines fonctions sanitaires vis-à-vis des officiers et des troupes de santé qui les desservent. Ils doivent donc connaître l'organisation et le fonctionnement de l'armée et particulièrement l'organisation et le fonctionnement du service de santé, ainsi que les droits, devoirs et attributions des membres de son personnel dans les diverses situations qu'il peut occuper à tous les degrés de la hiérarchie. Le livre de M. le Dr Bouloumié répond parfaitement à ces exigences. En outre, il renferme tous les éléments de l'examen exigé des candidats au titre de médecin ou pharmaien auxiliaire et des jeunes docteurs qui n'ont pas le certificat d'aptitude administrative sans lequel ils ne peuvent être nommés au grade d'aide-major de deuxième classe. — Il est divisé en trois parties : organisation de l'armée et du service de santé ; fonctionnement de l'armée et du service de santé ; notions d'hygiène militaire. Dans cette dernière partie se trouve un chapitre consacré aux maladies simulées et dissimulées. Cette question importante en médecine militaire n'est pas sans intérêt pour le médecin expert qui trouve bien souvent dans sa pratique médico-judiciaire à faire appel aux modes d'investigation recommandés par M. le Dr Bouloumié.

F.-J. Saint-Cyr.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY,

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Treizième année — N° 39 — 26 Septembre 1891

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Fréquence des dermatoses chez les Juifs.

La discussion académique sur la pathologie des Juifs a pris fin par l'exposé de l'opinion de M. *Hardy* en ce qui concerne la dermatologie. Il a remarqué, pendant son passage à l'hôpital Saint-Louis, que les affections cutanées étaient très fréquentes chez les Israélites, et il croit très fermement que cette fréquence est la conséquence d'une prédisposition de race. C'est surtout l'eczéma grave, rebelle à tous les moyens ordinaires de traitement, qu'il a observé chez les Juifs.

Il est probable que Moïse avait noté cette prédisposition de son peuple aux maladies de la peau et qu'il avait remarqué aussi l'influence fâcheuse incontestable qu'exerce à ce point de vue l'alimentation par la viande de porc ; c'est peut-être la vraie raison pour laquelle il en interdit l'usage. M. Hardy s'empresse d'ailleurs de faire le plus grand éloge de la race juive.

L'aristol en injections hypodermiques contre la tuberculose pulmonaire.

M. Hérard a lu à l'Académie un rapport sur le travail de M. le Dr *Nadaud*, que nos lecteurs connaissent déjà. A priori, dit le rapporteur, cette médication est rationnelle, puisque l'aristol, *thymol biiodé*, est un corps composé de deux substances très antiseptiques. Toutefois, avant d'en conseiller l'usage plus général, il faut attendre que des observations plus nombreuses et très détaillées permettent d'en apprécier exactement les résultats ; il faudra qu'il se soit écoulé des mois et même des années après la constatation des guérisons pour qu'elles puissent être considérées comme définitives.

Pathogénie et traitement du coup de chaleur.

M. le Dr *André Martin*, médecin major, résume fort bien la question dans la *Semaine médicale*. Il y a lieu d'admettre : 1° une forme cérébro-spinale, avec tous les signes d'une congestion intense des centres nerveux ; outre l'injection de la face et des conjonctives, on observe le stertor, le coma, des convulsions ; 2° dans la forme cardialgique ou syncopale, la face est pâle, les sueurs profuses, et la mort résulte d'une syncope ; 3° la forme pulmonaire est caractérisée par l'anxiété, la dyspnée croissante et l'asphyxie.

Dans la production des accidents il y a lieu de tenir compte moins de l'insolation proprement dite que de la chaleur humide, d'une atmosphère lourde, chargée d'électricité, quand le ciel est bas et chargé de nuages. Les individus frappés sont les prédisposés par le surmenage physique ou intellectuel, les excès vénériens ou alcooliques. Le mécanisme serait celui de l'auto-intoxication par les toxines et les leucomaïnes résultant du travail musculaire et des phénomènes vitaux, mais qui, produites en excès et insuffisamment éliminées, imprègnent l'organisme par rétention.

Pour prévenir le coup de chaleur, il faut éviter non seulement l'exposition prolongée au soleil, mais le séjour dans des locaux encombrés ou incomplètement ventilés quand la température est élevée, même pendant la nuit. Quand une troupe est en marche, les individus doivent être espacés les uns des autres pour éviter la saturation de l'air par la vapeur d'eau expirée.

Voici le traitement proprement dit : Le malade est étendu dans un endroit frais, si possible ; tous les vêtements ou liens qui peuvent entraver la respiration sont détachés.

Pour prévenir l'asphyxie, on fera des injections sous-cutanées d'éther, 1 à 2 gr. toutes les heures ; la respiration artificielle pendant plusieurs heures au besoin (élévation des bras en haut et

en arrière, alternant quinze à seize fois par minute avec la compression du thorax à sa base). Dans la forme cérébro-spinale, abondantes affusions froides sur la tête et la face, flagellation, rubéfaction des membres inférieurs. Très utiles aussi comme diurétiques, toniques du cœur et excitantes du système nerveux sont les injections sous-cutanées de caféine (0 gr. 50 à 1 gr. par 24 heures) par fractions de 0 gr. 25, c'est-à-dire une seringue de Pravaz de la solution :

Caféine,	2 gr.
Salicylate ou benzoate de soude,	4 gr.
Eau distillée,	Q. S. pour 10 cc.

On peut y ajouter l'emploi des lavements purgatifs et, dans certains cas, des injections de pilocarpine pour amener la diaphorèse. Tous ces moyens ont pour but de favoriser l'élimination des déchets toxiques retenus dans l'organisme.

(*Suite et fin*)

Période prodromique de la cirrhose hépatique d'origine alcoolique.

M. *Lancereaux*, qui a consacré de si belles études aux cirrhoses, et qui a cité des observations de cirrhose alcoolique guéries par lui, pense qu'on pourrait plus souvent obtenir la guérison si on faisait un diagnostic plus précoce. Or, avant que la cirrhose ne se révèle par le cortège des signes classiques, tympanite, ascite, circulation veineuse sous-cutanée abdominale exagérée, urines chargées de sédiments uratiques, hématémèses et melæna, etc., il y a une période prodromique où *les seuls signes sont une augmentation de volume du foie et de la rate* chez un individu buvant du vin avec excès.

M. Lancereaux a établi nettement que les individus qui s'alcoolisent par les spiritueux et les essences (absinthe, amers, vulnéraire) présentent des troubles tout différents ; c'est le système nerveux qui chez eux est touché (troubles sensitifs, moteurs, vaso-moteurs, trophiques, etc).

M. Lancereaux a montré aussi que les buveurs de vins atteints de cirrhose aboutissent souvent à une tuberculose pulmonaire qui débute par le sommet droit, à l'inverse de ce que l'on voit d'ordinaire chez les personnes sobres et sédentaires, vivant dans un air confiné.

Quand on rencontre chez un individu intempérant un gros foie et une grosse rate, sans autre symptôme, il faut le soumettre au régime lacté exclusif aussi longtemps que possible, à l'iodure de potassium et aux douches, traitement qui, continué avec persévérance, amènera la guérison... si l'individu renonce, bien entendu, à ses habitudes d'intempérance.

De la diplopie monoculaire comme symptôme cérébral.

M. *Diret* (de Lille) a communiqué à l'Académie une observation où on voit qu'un homme de 50 ans présenta à la suite d'un traumatisme divers accidents cérébraux (hémiparésie, céphalée, épistaxis) et en même temps de l'amblyopie, avec une diplopie de l'œil droit qui persista plusieurs mois sans lésion des milieux de l'œil ; ce symptôme devait tenir à une lésion de l'hémisphère cérébral gauche.

Car, si la diplopie monoculaire est, dans la plupart des cas, la conséquence d'un trouble physique ou dynamique des milieux de l'œil, il est aussi des circonstances où la vision double se manifeste sans perturbation appréciable des milieux.

FEUILLETON

Le cas de Louis XIII.

Les historiens, comme les philosophes, se sont arrêtés avec un air interrogateur, devant la physionomie *triste* et maladive de Louis XIII, appelé le Chaste, comme Edouard III d'Angleterre. Il y a lieu, en effet, d'être étonné, en voyant le fils d'Henri IV et le père de Louis XIV, deux souverains qui ont laissé une réputation exceptionnelle de galanterie, rester insensible ou à peu près à toutes les séductions féminines et passer à côté des tentations les plus irrésistibles, sans être invinciblement attiré, avec une mélancolie incurable. Rien n'excitait ses désirs, ne secouait sa torpeur, sauf la chasse, cette ressource des imaginations malades. « Venez vous ennuyer avec moi » disait-il à ses courtisans, et ce mot résume toute sa vie.

Devant cette froideur de tempérament, entretenue par une timidité et une religiosité outrées, en présence des singularités de ce caractère, des bizarreries de ce prince qui consacrait son temps à des puérilités et laissait le cardinal de Richelieu gouverner pour lui, on doit se demander s'il n'existait pas chez lui un trouble cérébral quelconque, s'il n'avait pas côtoyé les frontières de la folie.

Certes, il avait été habitué, de bonne heure à se défier de lui ; dominé par sa mère, Marie de Médicis, une femme hautaine et impérieuse, d'une ambition sans bornes et fort avide de commander, il n'était parvenu à s'affranchir de ce joug que poussé par son entourage. Ce fut sous l'influence de Luynes que la reine-mère fut éloignée et que Concini, son favori, fut traîtreusement assassiné. Vitry était à la tête des conjurés. Jamais le roi n'aurait osé agir ouvertement et de sa propre initiative, pour reprendre la haute direction des affaires de l'Etat.

D'autre part, sa femme, Anne d'Autriche, était peu encourageante et peu complaisante ; elle ne fit rien pour dissiper l'embarras de son mari, pour le conquérir ; bien plus, elle lui fournit de sérieux motifs de jalousie, passion à laquelle ce prince n'était que trop naturellement porté. Rendu irritable et défiant au plus haut point, il fut de moins en moins attiré vers l'alcôve conjugale. Il la négligeait tellement que la naissance de Louis XIV ne survint que fort tardivement et presque par surprise.

Il n'était donc pas impuissant ; mais ses relations avec Anne d'Autriche furent si peu fréquentes, il partagea si peu sa chambre, qu'on a tout lieu d'être surpris qu'il n'ait pas été tenté de porter ailleurs ses hommages. Or, il est parfaitement avéré que ses relations avec la belle Marie de Hautefort, sa préférée, et plus tard, avec Mlle de Lafayette, une autre jeune fille d'honneur, d'une beauté non moins éblouissante, mais d'un caractère plus doux et plus égal, furent toujours platoniques. Ce galant taciturne et contenu se bornait à les regarder et à leur débiter des fadai-

Il existe donc une diplopie monooculaire d'origine cérébrale liée sans doute à quelque trouble dans le fonctionnement des régions des hémisphères (lobe occipital) signalées dans ces derniers temps comme étant le siège des fonctions visuelles (Ferrier, Munck, etc.)

Amnésie post-éclamptique.

M. *Bidon* (de Marseille), avait fait connaître à l'Association française pour l'avancement des Sciences (session de Marseille, 17 septembre), dont nous rendrons compte dans le prochain numéro, une observation d'amnésie éclamptique que M. Charpentier a lue aussi en son nom à l'Académie.

Une femme de 28 ans, qui n'était ni hystérique, ni épileptique, ni somnambule, ayant eu, au moment de son accouchement et aussitôt après, plusieurs accès d'éclampsie, déclare au médecin qui la soigne qu'elle n'est pas mariée et que son mari n'est que son fiancé; elle a tout oublié de ce qui s'est passé depuis un an qu'elle a quitté la maison paternelle.

C'est le cas le plus frappant d'amnésie par éclampsie puerpérale qui soit connu. Les troubles psychiques qui se manifestent en général peuvent être classés de la façon suivante : Il y a toujours oubli de ce qui s'est passé pendant chaque accès. On peut encore observer soit une *lacune très limitée dans le souvenir*, portant sur des mots isolés, des dates, des chiffres ; soit la *perte de la mémoire de l'accouchement seul*, en totalité ou en partie, soit un *oubli de l'accouchement et d'une partie du temps qui l'a précédé*, soit enfin une *lacune beaucoup plus étendue* encore, comme dans l'observation de M. Bidon.

MÉDECINE LÉGALE

Infanticide ; énergie extraordinaire pour dissimuler la grossesse et l'accouchement ; autopsie du cadavre un mois après le décès ; suffocation de l'enfant,

Par le docteur BÜTTERLIN, médecin de l'hôpital de Baume (Doubs).

Mlle C. (Julie), âgée de 26 ans, est dénoncée au Parquet pour un infanticide. Je me transporte avec la justice à Orsans, le 16 août. Voici, en résumé, mon observation. La fille C. est une personne d'une constitution nerveuse, grande, brune, d'une figure énergique ; le corps est couvert d'un eczéma chronique généralisé. Elle présente tous les symptômes d'un accouchement pouvant remonter à une vingtaine de jours environ. Je déclare que l'accouchement a eu lieu, elle nie avec la dernière énergie être accouchée ; cependant le 19 juillet elle a été vue avec un ventre volumineux et du 20 au 21, tout avait disparu : la fille C. a travaillé le 20 et le 21 toute la journée, en se livrant aux travaux pénibles de la culture. La perquisition dans la maison n'amène aucun résultat; huit jours après, le cadavre est découvert dans le jardin par M. le maire d'Orsans, accompagné de deux gendarmes.

L'autopsie du cadavre est faite le 23 août. L'enfant est arrivé à une décomposition assez avancée, la mort peut remonter à un mois environ. Il répand une odeur fétide, est couvert de terre végétale. L'ayant lavé et fait désinfecter, je constate que l'enfant est du sexe féminin : la longueur est de 0,50, le poids de 2 kil. 330 gr. ; il a des

---

ses, à leur parler de chiens, d'oiseaux et d'exploits cynégétiques. Il n'osa même pas saisir dans le corsage de Mlle de Hautefort un billet qu'elle venait d'y glisser, bien qu'Anne d'Autriche, riant beaucoup de la frayeur de l'un et de l'embarras de l'autre, eût saisi les deux mains de cette singulière favorite. Le roi essaya de saisir le poulet avec des pincettes d'argent ; mais il ne put l'atteindre.

C'étaient donc des amours éthérées, dont les éclipses et les nuages étaient motivés par la coquetterie de la belle Hautefort, qui ne cherchait nullement à se soustraire aux compliments et aux admirations des jeunes seigneurs. Semblable en cela à bien des femmes, elle préférait être un peu aimée et adulée par un grand nombre de personnages de qualité, que beaucoup adorée par un seul.

Au point de vue moral, on ne peut que féliciter ce chevalier de la triste figure de n'avoir pas poussé plus loin ses conquêtes ; sa dévotion et ses scrupules religieux ont contribué à ce que son penchant fût toujours innocent. Il redoutait les abîmes du péché, et il ne voulut pas y tomber ; cela fait honneur à sa conscience ; mais au point de vue humain, au point de vue d'une virilité normale, bien équilibrée, un pareil détachement terrestre est évidemment contre nature et ne s'explique que par une lacune, que par une faiblesse congénitale !

Les aliénistes ont casé dans un cadre particulier de la pathologie mentale les mélancoliques anxieux, qui gémissent sans cesse, ne peuvent rester en place et expriment à tout venant leur douleur et leur angoisse : ces dispositions psychiques ont dominé la vie de Louis XIII ; il passait régulièrement par des alternatives de dépression et d'excitation. Son attention était fixée de la façon la plus égoïste sur son *moi* sentant ; ses sentiments religieux étaient eux-mêmes dominés par des préoccupations personnelles de damnation, que Richelieu sut exploiter habilement. Ne trouvant aucune satisfaction ni en lui-même, ni en dehors de lui, il devait fatalement en arriver à se considérer comme *indigne*, comme *incapable*, comme *impuissant*, à tomber dans le désespoir et le *tædium vitæ*, toutes idées délirantes qui s'observent dans la mélancolie simple.

Sous l'influence de cette émotivité, de ce sentiment de crainte indéterminée, le sens génital devait forcément s'émousser. Nous touchons à l'*impotentia coeundi* d'origine nerveuse. Tous les ouvrages spéciaux ont noté ce fait que les influences morales, les préoccupations intellectuelles, l'appréhension, etc., rendent incomplète ou nulle l'excitation des centres d'érection, et aboutissent à l'anaphrodisie.

Celle-ci devait être encore accrue chez Louis XIII : 1° par l'influence prolongée d'une continence, occasionnée par ses différends avec la reine (la vitalité des organes tend généralement à diminuer, lorsqu'elle est placée dans une sorte d'inutilité fonctionnelle) ; 2° par sa désaffection

cheveux sur la tête, les ongles dépassent l'extrémité des doigts ; le cordon est inséré au milieu de l'abdomen : tout indique que l'enfant est venu à terme, qu'il est né viable. La tête est assez grosse ; la fille C. étant primipare, l'accouchement a dû se faire assez lentement. Le crâne ne présente aucune trace de fracture ; à la partie postérieure du pariétal gauche, l'épicrâne est plus rouge que dans les autres endroits ; les tissus environnants sont infiltrés de sang ; ce signe me frappe : c'est le siège de la bosse sanguine, et la preuve que la présentation a eu lieu par le crâne et que l'enfant a vécu au moment du passage. Je ne découvre aucune trace de violence ni à la bouche, ni au nez, dont les chairs sont assez décomposées ; il n'en existe aucune au cou. Le cerveau ne peut rien révéler, ayant déjà subi une décomposition avancée.

Ayant ouvert le thorax, je trouve le poumon crépitant : à la surface existent des taches ecchymotiques sous-pleurales, signe de suffocation ; on sait que ces taches restent longtemps, même jusqu'à la destruction du poumon. Par la preuve de docimasie, l'enfant a vécu ; le poumon surnage, et en le coupant il est congestionné. Le cœur ne présente pas de taches ecchymotiques sous le péricarde.

Le trou ovale et le canal artériel ne sont pas complètement fermés. L'abdomen ne présente rien de particulier, les viscères ayant déjà subi un commencement de putréfaction ; le gros intestin renferme encore du méconium.

Le cordon ombilical est coupé près de son insertion fœtale ; les bords de la solution de continuité présentent une section nette, tranchante : cette particularité a son importance : elle indique que le cordon a été coupé avec un couteau ou des ciseaux.

En résumé, le résultat de mon autopsie permet de déclarer que l'enfant est venu à terme, qu'il est né viable, qu'il a respiré et qu'il a dû être suffoqué : le cordon a été coupé avec des ciseaux ou un couteau.

La fille C., apprenant que le cadavre est découvert, prétend que l'enfant n'était pas venu à terme et qu'elle avait déchiré le cordon. Le juge d'instruction, quelques jours après, dans un interrogatoire serré, dit à l'inculpée : « Votre enfant, une fille, est venue à terme, elle s'est présentée par le crâne ; vous avez coupé le cordon avec un couteau ou des ciseaux, ensuite vous l'avez étouffée. » Vaincue par la netteté de ces détails, elle finit par avouer le crime et confirme les conclusions de mon rapport.

Cette observation que j'ai résumée offre un grand intérêt. Voici une fille qui est accouchée, le 20 juillet, dans un moulin isolé ; elle est primipare, elle est le matin dans la grange avec une personne, quand elle éprouve les premiers symptômes de l'accouchement ; elle monte ensuite dans sa chambre, l'accouchement a lieu, elle étouffe son enfant sous la couverture ; elle coupe le cordon, descend dans la grange, continue un travail très pénible, enterre son enfant dans le jardin à trois heures, va traire les vaches ensuite. Les jours suivants elle se livre aux travaux les plus pénibles de la culture ; le lendemain même elle monte sur un cerisier, et, cela, pour dissimuler son accouchement en s'exposant aux plus grands dangers. Cette conduite dénote de la part de cette fille une énergie extraordinaire.

Ce cas présente encore un autre intérêt ; l'autopsie est faite un mois après le décès ; malgré la

---

conjugale, qui ne fit qu'aggraver son indifférence génésique.

On conçoit qu'en fréquentant continuellement un monarque aussi taciturne, le cardinal de Richelieu, malgré le poids et l'obsession des affaires, ait été pris à son tour du même mal mystérieux, d'accès de noire mélancolie et d'inénarrable tristesse, contre lesquels il cherchait vainement un remède. C'est alors qu'il faisait appel à tous les gens de son entourage, en leur disant : « Faites moi rire, si vous en avez le pouvoir. »

Le cardinal, il faut bien le dire, était véritablement un surmené, dans le sens où on l'entend aujourd'hui. Sa santé avait, du reste, toujours laissé à désirer. Il n'est donc pas étonnant, qu'au déclin de sa vie il ait éprouvé une certaine lassitude, un réel découragement. Celui qui a pu tout voir, tout goûter, tout juger, celui qui a pu arriver à la réalisation de tous ses désirs, celui-là doit certainement appréhender plus qu'un autre la perte de ses titres et de ses honneurs.

Peut-être aussi que celui qui a pu atteindre tous les objets de ses convoitises, qui a vu la fortune, la grandeur, l'ambition, lui accorder des faveurs exceptionnelles, en arrive à ne plus rien trouver qui soit capable d'exciter son envie, de stimuler son activité. A force d'étreindre dans ses bras ces biens conquis avec tant d'efforts, il finit par être effrayé de leur inanité et de leur impuissance à le rendre heureux ; il éprouve la sensation du vide et du néant !

En terminant, je ne puis me dispenser de faire remarquer que l'hypochondrie, ou la mélancolie, est tellement commune de nos jours, qu'elle sera comme la marque distinctive de notre génération, son ineffaçable caractéristique.

On a beau chercher à s'étourdir du mal de vivre ; les plus acharnés à se procurer des diversions, des compensations, ne trouvent que de la lie au fond de la coupe des plaisirs enviés. Une profonde tristesse, un inexprimable désenchantement, un sentiment pénible se débattent en eux, si petits devant cet infini fuyant et décevant qu'ils essaient en vain d'atteindre.

Tâchons au moins que la main crochue de la misanthropie ne s'attache pas d'une façon trop fréquente, ou trop suivie, à notre existence. Puisque une mauvaise action empêche de dormir, ceux qui tiennent à leur sommeil, doivent bien se garder de charger leur conscience d'un seul remords. Qu'ils évitent les indigestions, les émotions trop vives, qu'ils fuient les relations encombrantes, se contentant d'anciennes et solides amitiés, qu'ils n'abusent d'aucun plaisir.

Et peut-être parviendront-ils à chasser le hibou de la mélancolie !

Dr GRELLETY (de Vichy).

décomposition relativement assez avancée, le poumon surnage et la présence des taches ecchymotiques sous-pleurales permet de conclure à la suffocation. De tous les viscères, le poumon subit en dernier lieu la putréfaction et les taches ecchymotiques sous-pleurales subsistent souvent jusqu'à sa destruction. Dans un interrogatoire, on dit à l'inculpée : « Votre enfant est venu à terme, il s'est présenté par la tête, vous lui avez coupé le cordon près du ventre, avec un couteau ou des ciseaux, ensuite vous l'avez étouffé. » Elle est tellement frappée par la précision de ces détails, qu'elle fait immédiatement des aveux.

Cette observation me permet également d'attirer l'attention du corps médical sur le tarif de 1811, des frais en matière criminelle : ce tarif, on le voit, est dérisoire. On nous a promis une réforme, nous l'attendons toujours. Ainsi, pour le cas particulier, voici le chiffre de mes honoraires, pour avoir fait l'autopsie d'un enfant inhumé depuis un mois ; Orsans est éloigné de Baume de 17 kilomètres :

Myriamètres parcourus 3,4 : 8 fr. 75 ; visite du cadavre : 3 fr. ; autopsie : 5 fr., total 16 fr. 75. Par-dessus le marché, je fais un rapport de quatre pages.

Ces jours derniers un chien soupçonné de rage est abattu dans la ville de Baume, l'autopsie est faite par un vétérinaire qui, sans déplacement et en faisant un rapport d'une page, reçoit 20 fr. d'honoraires. Je cite ce fait pour faire ressortir davantage un contraste et pour attirer encore une fois l'attention des pouvoirs publics sur l'urgence de modifier le tarif de 1811.

Fait à Baume, le 14 septembre 1891.

D^r BÜTTERLIN.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Déclaration obligatoire des maladies contagieuses (*suite et fin*).

Cette opinion une fois admise, il n'est pas difficile de s'entendre sur la désignation des maladies pour lesquelles la déclaration pourrait et devrait être obligatoire, de même que sur le pouvoir qu'il y aurait lieu de donner au gouvernement d'ajouter, par décret, sur la liste acceptée, d'autres maladies, après avis conforme des conseils compétents, Comité d'hygiène et Académie de médecine.

Les découvertes récentes ont en effet singulièrement modifié depuis quelques années nos opinions sur la nature de l'origine de certaines affections. La liste des maladies infectieuses transmissibles, justiciables de l'hygiène au point de vue de leur propagation ou de leur disparition, peut s'accroître ; il serait imprudent de la clore dès maintenant.

La déclaration obligatoire pour certaines maladies manifestement transmissibles soulèverait immédiatement et à juste titre les problèmes relatifs au secret professionnel, même en dehors de la syphilis, qui est par nature une maladie secrète. Il en est ainsi pour la tuberculose, la plus meurtrière de toutes. On connaît l'agent de sa propagation ; il importe d'éloigner de toutes les agglomérations militaires, scolaires ou analogues, ceux qui en sont atteints et qui sont dangereux pour les autres ; peut-on mettre son nom sur la liste des maladies pour lesquelles la déclaration serait obligatoire ? Evidemment non ; car elle se développe dans des familles héréditairement prédisposées et sa révélation chez l'un des membres de ces familles peut nuire à tous les autres quand bien même on serait persuadé de la curabilité de l'affection.

C'est pourquoi la liste de ces maladies doit être nominative. Le Comité d'hygiène publique de France l'a composée récemment ainsi qu'il suit, pour le cas où la loi en rendrait l'établissement obligatoire : choléra, choléra infantile, coqueluche, diphthérie, dysentérie, fièvre jaune, fièvre typhoïde, peste, rougeole, scarlatine, suette, variole. Ces maladies, et celles qui pourraient leur être ajoutées par la suite, comprendraient ainsi les maladies pestilentielles exotiques pour lesquelles la déclaration est déjà obligatoire, et le groupe des maladies infectieuses transmissibles, dont il y a un intérêt capital à ce que l'autorité publique soit informée aussitôt que possible pour en établir rapidement la prophylaxie et dont il importe d'étudier la statistique exacte. Le Parlement paraît, du reste, déjà favorable à cette manière de voir, puisqu'il a adopté la déclaration obligatoire pour les médecins et sages-femmes d'après l'article 20 du projet de loi sur l'exercice de la médecine, voté les 17 et 19 mars dernier par la Chambre des députés.

La liste qui précède renferme toutes les maladies pour lesquelles la déclaration obligatoire existe dans les pays qui bénéficient de cette mesure, à l'exception de la fièvre puerpérale, mentionnée en Angleterre parmi les affections dont la déclaration doit légalement être faite. Quelque intérêt qu'il y ait à limiter le plus possible les ravages de la fièvre puerpérale, il faut reconnaître qu'il est certains cas dans lesquels l'état de puerpéralité ne pourrait être révélé par le médecin ; l'opinion publique n'accepterait certainement pas, en France tout au moins, une pareille obligation, à tout le moins prématurée. Il est préférable de s'en tenir aux cas acceptés par tout le monde, qui ne peuvent soulever de discussion sérieuse et pour lesquels nous dirions volontiers, comme M. Léon Le Fort à la tribune de l'Académie de médecine il y a quelques mois : « Le secret professionnel a, comme toutes les choses de ce monde, des limites, et, pour ma part, je crois que le médecin manquerait à son devoir si, par un excès de discrétion, il laissait un malade atteint de diphthérie libre de communiquer une maladie, trop souvent mortelle, à ceux qui fuiraient à coup sûr la maison contaminée, s'ils savaient qu'elle abrite un diphthéritique. Je n'admets pas que le secret professionnel aille jusqu'à nous rendre complices d'homicide par imprudence, et surtout jusqu'à nous faire commettre des homicides par discrétion. »

***

Actuellement le médecin français ne peut déclarer, fût-ce à l'autorité publique, aucun cas d'une maladie quelconque sans enfreindre les dispositions impératives du Code pénal, et cette situation offre des inconvénients que les progrès de l'hygiène publique ne font que multiplier. Il en est même de bien inattendus ; récemment un médecin était poursuivi par le propriétaire d'un immeuble pour avoir prévenu son client, le loca-

taire de cet immeuble, de l'existence d'un cas de scarlatine chez le locataire précédent sans qu'aucune mesure de préservation eût été prise après le départ de celui-ci ! La loi qui dégagerait les praticiens des obligations du secret professionnel pour toutes les maladies que nous venons d'énumérer rendrait donc service aux médecins, aux malades, à leur entourage et au pays tout entier. Mais, dira-t-on, il convient que cet avantage, les pouvoirs publics ne le confèrent qu'en échange de la responsabilité effective, de *l'obligation faite au médecin de faire lui-même la déclaration* si utile à la santé publique. Et cela étant, l'homme de l'art doit-il être tenu à cette nouvelle obligation, seul ou solidairement avec les personnes appartenant à la famille ou à la maison du malade, ou ces derniers doivent-ils être seuls chargés de déclarer la maladie ?

La loi anglaise de 1889 multiplie et précise les obligations de chacun : « Lorsque l'habitant (*inmate*) d'une construction quelconque servant d'habitation humaine, située dans un district auquel cette loi est applicable, est atteint d'une maladie contagieuse à laquelle cette loi s'applique, à moins que ladite construction ne soit un hôpital dans lequel sont reçues les personnes affectées d'une maladie contagieuse, les dispositions suivantes doivent être appliquées : 1° le chef de famille, ou, à son défaut, les plus proches parents, du malade qui sont dans ladite construction ou qui le soignent, à défaut de parents, toute personne chargée de la garde du malade et, à défaut d'une telle personne, le principal locataire de la construction, doit, aussitôt qu'il est informé que le malade est atteint d'une maladie contagieuse à laquelle cette loi s'applique, en faire la déclaration au médecin sanitaire du district ; 2° tout médecin qui soigne ou qui est appelé à visiter un malade, doit, dès qu'il a constaté que le malade souffre d'une maladie contagieuse à laquelle cette loi s'applique, envoyer au médecin sanitaire du district un certificat indiquant le nom du malade, son domicile et la maladie contagieuse dont, suivant son opinion, le malade est atteint. » Ce système fonctionne actuellement en Angleterre dans un peu plus de la moitié du pays ; en général, le certificat du médecin donne lieu à une rémunération de la part de l'autorité publique, rémunération fixée d'ordinaire à 3 francs.

Aux Etats-Unis, le médecin et les personnes habitant la maison, parents ou hôteliers, sont également mis en cause. La même responsabilité, partagée entre le médecin et le chef de la famille se retrouve en Prusse, dans le Wurtemberg et en Hongrie. Mais ce n'est pas la seule solution acceptée partout. Nous voyons la déclaration exigée seulement des médecins, à l'exclusion des personnes de la famille ou de la maison, en Italie, en Serbie, en Bavière, en Saxe, dans les grands-duchés de Bade, de Saxe-Weimar, de Mecklembourg, en Portugal, dans les villes de Lübeck, Brême, Hambourg, etc. En Hollande, elle incombe aux parents seulement ; dans le grand-duché de Hesse, elle est facultative pour les médecins et alors obligatoire pour les parents.

Il est assez difficile de juger comparativement les résultats de ces divers systèmes, car tous ils ont eu un effet remarquable sur l'amélioration de la santé publique et cette amélioration tient à trop d'autres causes pour qu'il soit possible de faire un départ exact entre elles. Toutefois au Congrès international d'hygiène qui se tenait à Londres il y a trois semaines on a pu citer des localités dans lesquelles la morbidité et la mortalité par affections transmissibles avaient diminué au fur et à mesure que la déclaration était plus régulièrement faite par les médecins ; si bien que, sur ma proposition, la section IX (médecine d'Etat) de ce Congrès a adopté, à l'unanimité moins six voix sur environ 250 votants, la déclaration *obligatoire pour le médecin*, alors que le système *dualiste*, c'est-à-dire l'obligation de cette déclaration à la fois par le médecin et le chef de famille ou de maison, n'était voté qu'à une faible majorité.

* * *

Il est certain que l'obligation de la déclaration peut être considérée comme corrélative : pour les personnes de la famille ou de la maison du malade, des avantages qu'ils doivent retirer de la rapidité de la mise à exécution des prescriptions prophylactiques ; pour les hôteliers ou directeurs d'établissements publics, du fait de leur autorisation ou de leurs fonctions ; pour le médecin, des privilèges de sa profession. En pareille matière, il faut surtout tenir compte des habitudes sociales.

Un certain nombre de sociétés médicales ont soutenu, notamment l'Union des syndicats et l'Association des médecins de l'Hérault sur le rapport de M. le Dr Hamelin, que le médecin ne doit ici être tenu d'intervenir qu'après le chef de famille ou les membres présents de celle-ci ou, à défaut, après les hôteliers, les loueurs de garnis, etc. D'autre part, M. le Dr Drouineau, dans un remarquable rapport à la Société de médecine publique de Paris, a objecté qu'il peut être difficile au médecin d'acquérir la certitude que la déclaration sera faite et qu'il n'est pas toujours lié de telle manière au malade qu'il soit loisible quelquefois de retourner dans la maison ; de plus, l'article 56 du Code civil, visé par analogie, n'a pour objet que l'enregistrement d'un fait, la constatation d'un état civil à un enfant nouveau-né, tandis que la déclaration d'un cas de maladie infectieuse n'est pas simplement l'enregistrement d'un fait ; elle va entraîner des conséquences pour les parents du malade. Aussi un certain nombre de médecins préféreraient-ils que la déclaration fût faite : d'une part, par les personnes de la famille ou, à défaut, par celles qui approchent le malade ou le logent et, d'autre part, par le médecin traitant, chacun restant séparément responsable.

La Société de médecine publique de Paris ne s'est pas associée à cette manière de voir et elle a, fort judicieusement à mon sens, demandé que « la déclaration soit faite par le médecin aussitôt son diagnostic établi et, à défaut du médecin, par le chef de famille ou les personnes qui soignent le malade ». C'est en effet précisément la difficulté de définir la constatation de l'existence d'une maladie infectieuse qui milite le plus en faveur de cette opinion ; le médecin seul est à même de constater la nature transmissible de cette affection, et les personnes qui approchent le malade n'en peuvent être informées que par lui ; si bien qu'en fait celui qui *constatera* réellement la maladie et qui par conséquent peut être légitimement responsable vis-à-vis de l'autorité publique, sera toujours l'homme de l'art. Le *soupçon du caractère* de la maladie peut bien appartenir à tous ceux qui voient le patient ; la certitude, la

constatation qui sont uniquement exigées pour la déclaration, sont l'apanage exclusif de celui qui possède les connaissances nécessaires pour établir un diagnostic, suivant l'expression un peu étroite du texte adopté à la Chambre des députés dans la loi sur l'exercice de la médecine. D'autre part, si l'on veut que l'autorité publique soit rapidement informée en pareil cas, c'est grâce à l'intervention du médecin que ce but sera surtout atteint. Dégagé de toute considération sentimentale et de tout souci, il pourra aisément prévenir l'autorité à l'aide de ces bulletins spéciaux en usage dans un certain nombre de pays et de villes.

Je reconnais aussi volontiers qu'il est un certain nombre de cas bien confirmés de maladies transmissibles qui peuvent être reconnus par des étrangers à la médecine en l'absence de tout homme de l'art, et la coopération de celui-ci au diagnostic de la maladie peut être quelquefois très tardive, si bien que l'obligation de la déclaration peut être également édictée pour les personnes de la famille ou les logeurs, mais seulement *à défaut* du médecin.

D'autres objections qui me paraissent dignes d'une attention bien moindre ont été faites à l'obligation de la déclaration par le médecin ; elles se résument surtout dans la crainte que cette déclaration ne donne lieu qu'à des tracas et à des ennuis pour la clientèle, tracas et ennuis dont celle-ci rendrait responsable son médecin traitant, auteur de la déclaration. Il est certain que la plupart des tentatives faites en France pour généraliser la déclaration, même volontaire, des cas de maladies transmissibles ont échoué, au moins jusque dans ces dernières années, parce que les médecins, isolés et en petit nombre, qui répondaient ainsi au désir exprimé par l'autorité exposaient d'ordinaire leur clientèle à des mesures administratives insuffisamment conçues et mal exécutées. Pareille éventualité n'est déjà plus à craindre dans les localités où l'hygiène publique est pratiquée avec intelligence et avec soin et c'est pourquoi, aussi bien à l'étranger qu'en France, dans toutes les villes où fonctionnent, par exemple, des services sanitaires, des bureaux d'hygiène, les arrêtés administratifs prescrivant la déclaration médicale sont exécutés sans difficulté, et même avec un certain empressement. Il est même curieux de constater que l'opposition à cette utile mesure vienne uniquement de régions où de tels services n'existent pas, tandis que, partout où elle est appliquée, aucune voix discordante ne s'élève contre le principe même et son utilité incontestable. Ce même empressement se retrouvera sans nul doute le jour où l'organisation de plus en plus développée des services sanitaires montrera clairement aux médecins les avantages que retire la santé publique de l'application de la mesure qu'on sollicite de leur dévouement. Déjà, pour la constatation des décès, au fur et à mesure que notre statistique sanitaire s'étend à un plus grand nombre de localités et que ses auteurs la perfectionnent davantage de façon à lui donner chaque jour une autorité de plus en plus reconnue, le corps médical en facilite plus complètement l'exécution. Ainsi se passeront également les choses pour la déclaration des cas de maladies infectieuses transmissibles dans un temps qu'il appartient aux médecins et aux pouvoirs publics, mais surtout aux premiers, de rendre aussi court que possible.

Il suffit d'avoir assisté à l'application pratique de la déclaration médicale obligatoire pour se rendre compte de sa facilité et de sa rapidité. En quelques coups de crayon sur un feuillet détaché d'un carnet à souche ou sur une feuille de papier quelconque, le médecin, une fois son diagnostic établi, peut informer l'autorité à laquelle il transmet sa déclaration, dans le plus bref délai, en franchise postale ; il a même dans certaines villes, et s'il y a urgence, le droit de réquisitionner un agent de police pour faire remettre de suite son information à qui de droit. Cela fait, l'autorité sanitaire agit à son tour, venant en aide au médecin pour l'application des mesures prophylactiques nécessaires, sans jamais intervenir, bien entendu, dans les questions de traitement ; ainsi, les médecins traitants et les agents sanitaires s'aident mutuellement, la propagation des épidémies est enrayée et les familles ne tardent pas à savoir gré à leur médecin d'avoir si promptement réussi à leur épargner des alarmes et même de nouveaux deuils.

Une telle situation n'est heureusement pas rare, elle se généralise de plus en plus. Elle n'a d'autre obstacle en France que l'application de l'article 378 du code pénal dans des cas où le secret professionnel ne saurait être de mise ; c'est au corps médical qu'il appartient de chercher à obtenir au plus vite son abrogation pour toutes les circonstances où son maintien devient une calamité publique et entrave l'action bienfaisante que le médecin peut exercer, par une déclaration opportune.

(*Gazette hebdomadaire.*)

A.-J. MARTIN.

Voici, d'autre part, l'opinion d'un journaliste, non médecin :

« Le problème a deux faces, écrit M. *Francisque Sarcey* : l'une purement morale, l'autre légale.

La morale veut que le médecin ne révèle jamais un secret dont il n'a obtenu la confidence ou qu'il n'a surpris que grâce à son titre et dans l'exercice de ses fonctions. Le monde est extrêmement strict sur cette matière, et il n'admettrait pas plus une indiscrétion chez un médecin que chez un prêtre. Vous savez la formule : un médecin est un confesseur.

On estime qu'un médecin ne peut se faire juge lui-même des cas où il lui sera permis de violer le secret professionnel. Si l'on entrait dans cette voie, où s'arrêterait-on ? Chacun ne consulterait, pour manquer à la règle, que son sens individuel. On ne saurait ainsi en prendre à son aise avec la morale. Ce que les philosophes appellent *l'impératif catégorique* commande à tout le monde, en tout temps, et en toute circonstance.

Ainsi parle la morale. Est-ce le langage de la loi ?

La société, qui édicte la loi, a sans doute pour premier but de réaliser, autant qu'il est possible, la justice sur la terre. Mais ce n'est pas sa seule visée, et ce n'est peut-être pas, pour elle, la plus importante.

Le besoin urgent de la société, c'est de vivre, c'est de se préserver, elle et tous les membres qui la composent, des maux qui, affligeant l'humanité, menacent de la détruire. Elle sacrifie à cette nécessité, même la justice, s'il le faut abso-

lument. Elle y fait céder même les principes essentiels de la morale.

Que fait la société ? Elle dit au médecin : c'est moi qui, dans ces cas particuliers, te délie, par une loi spéciale, de l'obligation du secret professionnel. Tu feras connaître aux autorités compétentes les risques de contagion qu'enferme le malade que tu soignes. Tu nous mettras à même de les circonscrire et de les étouffer au logis où ils ont pris naissance.

Quoi de plus naturel et de plus juste au fond ?

L'obligation morale du secret professionnel subsiste, mais la société met à l'aise la conscience du médecin en lui indiquant des cas où cette obligation doit céder à cette nécessité, qui est primordiale pour elle, la nécessité de vivre.

MÉDECINE MENTALE

La guérison des Aliénés dans les Asiles.

M. le Pr Pierret, au récent Congrès de médecine mentale de Lyon, a appelé l'attention sur un fait aussi intéressant que pénible à constater, à savoir la diminution progressive du nombre des guérisons dans les asiles départementaux. En 1864, le rapport des guérisons pour tous les asiles français était de 27,57 %. Tombé à 24,8 % en 1874, il n'est plus aujourd'hui que 20 à 22 %, soit une diminution de 7 %.

En Angleterre, au contraire, nous voyons la moyenne des guérisons s'élever à 40 et 41 %, soit le double de chez nous. En admettant même qu'on ne puisse comparer entre elles des statistiques de pays différents, par suite de la différence du recrutement des divers asiles, il n'en reste pas moins ce fait que, en France, non seulement *le nombre moyen des guérisons* est trop faible, mais encore qu'il *va en diminuant progressivement depuis trente ans.*

M. Pierret pense que cela tient surtout à ce que les internements des malades inoffensifs indigents sont de plus en plus tardifs. Or, l'on sait, — et c'est un point sur lequel tous les aliénistes sont d'accord — que *plus on attend pour traiter la folie et plus les chances de guérison diminuent,* et que si dès le début on a quatre chances pour une de guérison, on n'en a plus qu'une contre quatre au bout de trois mois d'attente. Mais dans des asiles payants, comme Charenton, la moyenne est aussi faible. Là cependant les raisons qui empêchent le placement rapide des malades n'existent pas. Admettons cependant cette cause, même pour une assez grande part ; est-elle suffisante pour produire cette décroissance rapide dans le nombre des guérisons, alors que pour lui faire contre-poids, on a un accroissement progressif d'admission d'alcooliques dont la guérison devrait, au contraire, relever considérablement la moyenne générale ? Or, le chiffre cependant important de guérisons des folies toxiques n'arrive pas même à compenser la diminution du nombre des guérisons des vésanies pures. De sorte que la moyenne de 20 % est certainement trop forte si on considère ces dernières, les plus intéressantes cependant.

La raison invoquée par M. Pierret a certainement un rôle bien faible, et nous pensons que la cause principale est *l'insuffisance du traitement* dans les asiles, insuffisance qui tient au trop grand nombre de malades dont est chargé un seul médecin, aux obligations purement administratives auxquelles il est astreint, et enfin peut-être aussi à ce que l'on néglige trop l'enseignement de la thérapeutique morale à appliquer aux aliénés, tandis qu'on s'occupe bien davantage de thérapeutique médicale, dont les effets sont cependant bien moins encourageants.

Comment un médecin directeur d'un asile de 500 ou 600 malades, ayant à s'occuper de la gestion intérieure de l'asile, des rapports avec l'administration, trouverait-il le temps de traiter sérieusement ses malades ? Sa visite se borne à une inspection, surtout matérielle, au point de vue de l'hygiène, de l'entretien, de la bonne tenue des malades. Le médecin qui n'a qu'un service, sans direction d'asile, a-t-il beaucoup plus le moyen de s'occuper efficacement du traitement des malades curables, quand il a un service de 400 ou 600 malades dont le parcours seul lui demande chaque jour plus d'une heure, et lorsque le reste de son temps est pris par la signature des certificats d'entrée, de sortie, de transfert, de quinzaine, etc., sans compter les rapports qu'on lui demande pour diverses affaires civiles ou judiciaires ? Pour peu que son service soit actif, — et ce qui contribue le plus à cette activité, ce sont les entrées et sorties perpétuelles des alcooliques, — tout le temps de sa visite se passe à parcourir son service pour s'assurer que tout est en ordre, qu'il n'y a pas de réclamations fondées, pas d'exactions envers les malades, à examiner deux ou trois malades atteints d'affections intercurrentes et à signer toutes les pièces administratives.

Quant au traitement, il faut bien avouer qu'il se trouve singulièrement négligé. On apprend bien de temps à autre que telle ou telle drogue nouvelle réussit merveilleusement dans tel ou tel cas. On l'administre alors pendant quelque temps, puis on s'aperçoit que les effets en ont été considérablement exagérés, et l'on y renonce peu à peu jusqu'à ce qu'une nouvelle panacée surgisse. Si c'est en cela que consiste le traitement de l'aliénation mentale, il serait peut-être préférable de s'en passer complètement et de se fier à la seule nature, car jusqu'ici la thérapeutique médicamenteuse n'a pas donné de succès bien certains ni bien remarquables, quand même elle n'a pas entravé ou empêché quelquefois des guérisons. Le traitement le plus efficace de l'aliénation, — à côté des agents généraux tels que l'hydrothérapie sous ses diverses formes, l'électrothérapie peu employée chez nous malgré les services qu'elle peut rendre, l'isolement et quelques hypnotiques, — c'est certainement le *traitement moral.* Mais pour l'appliquer il faut d'abord du temps, car il exige beaucoup de patience, et ensuite une certaine somme de connaissances psychologiques dont on commence aujourd'hui à mieux comprendre l'utilité et dont un petit nombre seulement s'occupent encore. Ce n'est certainement pas avec les occupations matérielles d'un service de 400 malades qu'on peut demander à un médecin d'appliquer le traitement moral à ses malades.

Il semble que l'on considère dans l'administration l'asile non comme un lieu pour soigner et guérir des malades, mais pour les recueillir simplement, et qu'on l'assimile en quelque sorte à un hospice de vieillards. Si les malades qui y entrent guérissent, tant mieux pour eux. Le préjugé que les aliénés ne guérissent pas est encore plus répandu qu'on ne croit même en haut lieu.

Aussi la loi qui régit les aliénés est-elle une loi de préservation sociale bien plus qu'une loi d'assistance.

Pour obtenir dans le traitement des aliénés des résultats plus satisfaisants — et on est en droit d'en exiger d'après ceux qu'on obtient à l'étranger — la première chose à faire serait de subdiviser les services trop chargés actuellement et de répartir les malades d'une autre façon. Pourquoi ne pas séparer tout d'abord les incurables, et des curables, et parmi ces derniers faire une place à part aux alcooliques ? En plaçant un médecin à la tête de chacune de ces subdivisions on augmenterait certainement le budget, mais on augmenterait aussi le nombre des guérisons. Or, toute guérison est un bénéfice net, non seulement pour le malade, mais pour la société qui y est fortement intéressée comme contribuable.

Prenons un mélancolique de 35 ans. Faute de traitement laissez-le passer à la chronicité. Au lieu d'un an au maximum qu'il aurait passé dans l'asile à la charge du département, c'est 15, 20, 30 ans peut-être qu'il y passera désormais. Au prix de journée des malades on voit que c'est un assez joli capital d'immobilisé pour l'entretien de ce malade. Or, la statistique nous montre une décroissance de 7 % dans les guérisons, depuis 30 ans. En recouvrant seulement le chiffre de 1864, nous voyons que pour un asile de 600 malades ce serait 42 guérisons de plus qu'on obtiendrait par an, c'est-à-dire 42 malades qu'on éviterait d'entretenir pendant un temps illimité. La dépense supplémentaire nécessitée par le traitement d'un médecin en plus ne se trouverait-elle pas largement compensée par l'économie qu'il ferait faire ? Et d'autre part la société n'a-t-elle pas tout avantage à avoir le moins possible de non-valeurs, à ce que toutes les forces vives du pays soient employées ? Le plus souvent les enfants d'un malade obligé de finir ses jours dans un asile d'aliénés ne retombent-ils pas à la charge de l'Assistance publique, de la société par conséquent ? Et si nous ne parlons ici que de l'intérêt pratique, pécuniaire qu'il y a à traiter les aliénés pour les guérir, c'est que c'est le seul argument à faire valoir aux administrations, car il va de soi qu'au point de vue médical, le but humanitaire, le droit du malade à être secouru et guéri s'impose, et qu'il suffit pour justifier une organisation nouvelle plus conforme au véritable intérêt des malades.

Sans multiplier, du reste, le nombre des médecins, il serait facile d'attribuer un rôle plus actif, plus indépendant aux médecins adjoints, en les chargeant, par exemple, des sections d'incurables et d'alcooliques et en réservant pour les médecins en chef les fonctions plus délicates, plus importantes, et qui demandent plus d'expérience, de médecin traitant. Les médecins adjoints auraient, croyons-nous, tout avantage à avoir un service autonome, indépendant, qui, malgré la chronicité ou l'incurabilité des malades qui l'occuperaient, leur donnerait assez d'éléments de recherches et de travaux, plutôt que d'être les seconds dans un service trop vaste, sans attributions déterminées, sans responsabilité spéciale et où, chacun voulant tout voir, personne ne voit rien que superficiellement.

Nous pensons qu'en somme la subdivision des services en sections de curables, d'incurables et d'alcooliques, avec un médecin spécial à la tête de chacune d'elles, tel est le moyen le plus simple d'enrayer cette diminution progressive dans la moyenne des guérisons, diminution aussi préjudiciable aux malades qu'à leurs familles et à la société.

Dr P. Sollier.

(Progrès médical.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La clientèle civile des médecins militaires.

De temps à autre la presse médicale publie des lettres de praticiens se plaignant, en termes plus ou moins vifs, de la concurrence que leur font des médecins militaires. Il n'est pas rare de voir ces plaintes retentir jusque dans le sein des Sociétés médicales. Elles parviennent même de temps à autre jusqu'à l'autorité militaire, mais en empruntant, en général, la forme anonyme.

En réalité, les réclamations auxquelles nous avons fait allusion, ne sont qu'un des multiples incidents de la lutte pour l'existence. Il est évident que si les médecins militaires, dont on se plaint, n'avaient soigné que les indigents, ils auraient débarrassé leurs confrères d'une tâche ingrate et n'auraient sans doute soulevé aucune plainte. Peut-être même leur aurait-on voté des remerciements. Mais leur tort est d'avoir confisqué des clients solvables (1).

C'est là le nœud de la question, et il s'agit de rechercher avant tout si la loi permet ou défend aux officiers du corps de santé de donner, moyennant rémunération, leurs soins à des malades civils.

Cette question a été posée au professeur Brouardel lors de son cours de déontologie médicale : il a répondu qu'il n'y avait aucun texte de loi empêchant les médecins militaires de se livrer à la pratique de la médecine civile, et que si la défense leur était faite, ce ne pouvait être que par l'autorité militaire, et pour des raisons dont seule elle était juge.

Il demeure donc acquis que *l'exercice de la médecine civile par les médecins militaires est légal*.

Du reste, dans les différentes réclamations, auxquelles nous avons fait allusion au début de cet article, on s'appuie moins sur l'illégalité de la concurrence que sur sa déloyauté. Le médecin militaire, ayant un traitement qui assure son existence, commettrait un acte déloyal en se posant en concurrent du médecin civil, qui a besoin de sa clientèle pour vivre.

Si cela était, tous les médecins recevant une rétribution pour un service spécial, tels que les professeurs, les médecins d'usine, d'établissements industriels, des prisons, d'hôpitaux, etc., feraient une concurrence déloyale à leurs confrères dépourvus de traitements fixes ! A moins qu'il n'y ait deux poids et deux mesures, et que l'on n'ait deux morales l'une pour les militaires et l'autre pour les civils ! (2)

Et dans tout cela que devient le client ? Est-il

(1) Il est incontestable que, si les médecins militaires ne recherchent que leur instruction, la médecine des indigents serait un champ assez large pour eux.

(2) L'argument est bien tiré par les cheveux.

donc la chose du médecin ? N'a-t-il plus le droit de se confier au docteur qui lui convient ? Notre profession ne serait-elle plus libérale ?

Du reste, il y a quelque temps, l'Association des médecins de France a été sollicitée par certains de ses membres d'intervenir pour empêcher les médecins militaires de faire de la clientèle civile. Elle n'a pas cru devoir donner suite à cette proposition qui ne s'appuyait sur aucun argument réellement sérieux.

Plus récemment, la Fédération médicale belge était saisie, lors de son assemblée générale du 14 mai dernier, d'une plainte du Cercle médical d'Ostende contre un médecin militaire, le Dr Lejeune, coupable de se livrer à l'exercice de la clientèle civile. Les plaignants ont exposé qu'ils avaient à différentes reprises fait des démarches par l'intermédiaire de leurs représentants auprès du ministre de la guerre pour obtenir le déplacement du Dr Lejeune, maintenu par faveur à l'institut balnéaire militaire d'Ostende.

A l'appui, « nous avons fait valoir, disaient-ils, « l'obligation morale qui nous incombe d'assurer, « à des conditions rémunératrices dérisoires, le « service médical des indigents, les luttes incessantes et vives pour l'existence et, de plus en « plus rudes pour les jeunes médecins ».

Ces « légitimes revendications », qui ne s'appuyaient que sur les arguments précédents, ne furent pas goûtées par l'autorité militaire.

Mais si la loi permet aux médecins militaires la pratique de la clientèle civile, il n'en est pas de même de l'autorité militaire.

Cette restriction est de date récente. Lorsque le corps de santé était sous la dépendance de l'Intendance, les médecins militaires avaient si bien la latitude de se faire une clientèle qu'une circulaire les autorisait à prendre la tenue bourgeoise pour visiter leurs malades civils. *Depuis que la Direction est entre les mains des médecins, la clientèle civile est interdite.* Cette interdiction n'a pas été formulée dans un document public, mais elle a été communiquée à un chacun, par les Directeurs de corps d'armée. Il y a, en définitive, dans cette façon de faire, quelque chose de mystérieux, d'occulte, qui jette sur cette mesure un certain discrédit et contribue à la faire discuter. Si, en effet, la majorité des médecins militaires est hostile à la pratique de la clientèle civile, quelques-uns cependant la défendent et nous allons exposer les arguments présentés dans l'un et l'autre camp.

Les partisans de la clientèle disent qu'en limitant l'action des médecins militaires au milieu militaire, on donne créance à ce bruit, qu'habitués à ne traiter que certaines maladies et toujours chez des adultes, ils sont absolument ignorants en ce qui concerne les autres maladies, ou les affections des femmes, des enfants, des vieillards. C'est pour cette raison qu'un certain nombre d'officiers ne confieraient point leur famille aux soins des médecins militaires. Enfin on prive ainsi le corps de santé d'un moyen d'instruction professionnelle de grande valeur.

On ne saurait nier l'importance de ces objections, du moins à première vue. Cependant, nous ferons remarquer que la situation et la considération professionnelles des officiers du corps de santé ont changé du tout au tout, depuis qu'ils sont chargés de soigner leurs malades dans les hôpitaux civils. La vieille légende qui s'était faite autour du médecin de régiment, s'est écroulée, et maintenant toutes les familles des officiers et des sous-officiers s'adressent à lui, à moins qu'il ne se lance dans la clientèle civile et que l'on craigne de lui prendre un temps dont il pourrait tirer un profit rémunérateur. Dans ces familles militaires, le médecin trouve des sujets d'étude, qui lui font passer en revue toutes les parties de notre art.

D'un autre côté, nous ne voyons pas pourquoi le médecin militaire ne serait pas en France le médecin des services pseudo-militaires de l'Etat, alors que ces fonctions lui incombent si souvent en Algérie ; que les agents de ces services ont le droit d'être traités dans les hôpitaux militaires et font partie intégrante de nos armées. Le service médical dans les douanes, les forêts, les postes et les télégraphes, ne diffère pas de celui de l'armée. Des deux côtés, le médecin est appelé à faire de nombreuses expertises médicales, soit pour l'admission dans le corps, soit pour les interruptions de service, soit pour les accidents survenus en service commandé, etc. Le médecin militaire qui, en cas de guerre, est médecin des différents services que nous venons d'énumérer, est donc désigné par sa spécialité pour être aussi, dès le temps de paix, le médecin de ces mêmes services.

Ces fonctions sont, du reste, très peu rétribuées, et plus coûteuses que rémunératrices pour les médecins civils qui, en général, ne consentent à s'en charger que par devoir professionnel, et les verraient sans regret passer entre les mains des médecins militaires (1).

Nos confrères de l'armée, qui sont opposés à la clientèle civile, font observer que si le médecin militaire peut tenir un cabinet, il n'y a pas de raison pour que le pharmacien militaire n'ouvre pas une officine, l'officier du génie une agence de travaux, l'officier d'administration un établissement commercial, etc. ; que deviendrait l'armée avec un corps d'officiers ainsi composé ?

On objecte encore que si la pratique de la clientèle civile était à la rigueur compatible autrefois avec le rôle militaire si effacé, qui était dévolu aux officiers du corps de santé, il n'en saurait être de même maintenant que les médecins militaires ont pris la direction du service de santé et sont de vrais chefs militaires.

Du reste, il y a un principe de haute administration, et nous dirons volontiers de haute morale, qui défend non seulement à tout officier, mais à tout fonctionnaire, de se livrer au commerce. Or, le médecin faisant clientèle doit payer patente et est, par cela même, rangé parmi les commerçants !

En outre, avec les occupations si multiples qui incombent aux médecins militaires, on se demande comment ils peuvent, sans négliger leur service, faire face aux exigences d'une clientèle tant soit peu nombreuse.

Enfin, il est incontestable que le médecin militaire a besoin d'être libre de toute attache pécuniaire avec les habitants de sa résidence pour pouvoir exercer, non seulement avec indépendance, mais aussi sans être effleuré par la suspicion, son métier si délicat d'expert militaire. Comme la femme de César, il doit être à l'abri

(1) Nous partageons cet avis.

de tout soupçon, ce qui exige qu'aucun lien d'intérêt ne l'unisse, soit aux gens qu'il examine, soit à leurs parents. Or, la pratique de la clientèle, en établissant ces liens d'intérêt, rend immédiatement le médecin militaire suspect. Qu'un de ses clients, ou le parent d'un de ses clients, soit réformé pour une affection qui n'est pas visible pour le vulgaire, immédiatement on parle de favoritisme, de complaisance intéressée. Cette situation ne peut que compromettre la bonne réputation du médecin et celle du corps de santé.

Ces critiques nous semblent très fondées. La dernière nous paraît juger la question, et elle suffit à nous faire comprendre que le service de santé, jaloux de la bonne réputation de son personnel, lui interdise la clientèle civile. Toutefois, nous rappellerons que cette défense gagnerait à tous égards à être faite au grand jour, et qu'elle oblige la Direction à rendre au corps de Santé des ressources d'instruction professionnelle égales à celles qu'elle fait disparaître, en limitant l'activité de nos confrères au milieu militaire.

Quant aux praticiens qui auraient à subir une concurrence de la part de médecins militaires, quelle doit être leur conduite ? Se plaindre dans les journaux, c'est dire que les clients s'en vont et préfèrent le voisin, c'est faire savoir aux jeunes docteurs qu'il y a un bon poste à prendre, c'est avouer qu'on est battu ; en somme, c'est maladroit.

Prévenir l'autorité militaire d'un fait qui ne peut être incriminé qu'au point de vue militaire, c'est une délation avec cette circonstance aggravante qu'elle n'est inspirée que par l'intérêt personnel. En somme, c'est répugnant pour notre double caractère de Français et de médecin.

Nous pensons donc que le mieux est de subir en silence un fait qui, en définitive, est légal, mais de *faire le nécessaire pour que les confrères militaires, qui feraient de la clientèle civile, soient tenus de prendre une patente*. De cette façon ils rentreront dans le droit commun, et l'autorité militaire pourra, si elle désire, savoir par une enquête, d'une simplicité élémentaire, quels sont les officiers du corps de santé qui exercent au civil.

Quant aux médecins militaires, nous voyons bien ce qu'à l'heure actuelle ils peuvent perdre à faire de la clientèle, mais nous ne voyons pas ce qu'ils peuvent gagner, si ce n'est des déplacements fréquents et onéreux, et des ennuis de toute nature.

(Bulletin médical.)

Dr Noel.

BULLETIN DES SYNDICATS

Association syndicale des médecins de la Seine.

Les médecins du département de la Seine viennent de fonder une Association analogue aux Associations fondées par les médecins étrangers et par les médecins de province, sous le nom d'Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine. Elle a été autorisée par arrêté de M. le préfet de police en date du 17 juin 1891. Les syndicats des professions libérales n'étant pas encore reconnus par la loi, l'autorisation peut leur être accordée, mais seulement sur la demande d'un certain nombre de personnes des plus honorables. Ces syndicats datent même en France de plusieurs années et ils étaient compris dans le Congrès des syndicats qui eut lieu en 1886.

Dès que l'autorisation fut accordée, une assemblée des membres signataires désigna le bureau définitif, et le président adressa au corps médical une circulaire qui, par suite de sa concision forcée, a prêté à quelques critiques erronées ou mal intentionnées.

C'est ainsi qu'en parlant du repos du dimanche, nous n'avions aucune intention d'interdire aux médecins les visites de ce jour, mais seulement de procurer un repos souvent nécessaire, tout en donnant aux malades des facilités plus grandes de trouver un médecin les jours fériés. Ce résultat peut être obtenu par un groupe de confrères s'entendant pour qu'il y en eût toujours un de garde — si l'on me permet le mot — ce qui n'implique pas que les autres ne puissent faire des visites.

On a dit aussi que les médecins de cette Association s'engageraient à ne faire de visites qu'aux malades payants. Nous sommes presque obligés de voir dans cette observation un intérêt personnel, car les vrais pauvres trouvent toujours un médecin, et voudrions-nous qu'ils soient privés de soins, qu'à Paris cela serait impossible avec les services organisés tels qu'ils sont. Disons même que le pauvre a intérêt à s'adresser aux médecins chargés de ces services, car il a les médicaments gratuitement. Notre désir, c'est de ne pas voir les faux pauvres abuser de nous au détriment de ceux qui sont malheureux, et ne venez pas dire qu'ils ne sont pas nombreux. La préfecture de police a été obligée de faire payer à ceux qui le pouvaient les visites de nuit. Les faux pauvres attendaient 10 heures du soir pour demander un médecin au poste de police. Les catégories de faux pauvres sont innombrables, et ils occupent souvent des positions brillantes qu'ils cherchent à dissimuler, et s'ils sont découverts, du coup ils ne possèdent plus rien, c'est leur femme qui les entretient. Nous n'insisterons pas ici, nous ne voulons donner qu'un exemple.

Ce que cette association se propose, c'est d'amener les médecins à se réunir et à se fréquenter, et par suite à s'apprécier ; nous pensons qu'ainsi cesseront ces tristes rivalités qui se voient trop souvent entre confrères voisins, et naissent toujours d'un malentendu. C'est aussi de leur permettre de discuter toutes les questions qui peuvent les intéresser, et qu'il serait trop long d'énumérer. C'est, mieux encore, de leur permettre d'assurer leur avenir et celui de leur famille.

Et en cela nous ne voulons point faire de concurrence aux sociétés déjà fondées et qui ont rendu de grands services : l'Association générale des médecins de France, l'Association des médecins de la Seine, le Concours médical, l'Association médicale mutuelle contre les maladies ; nous espérons au contraire leur apporter un aide précieux, tout en leur demandant l'appui confraternel que mérite notre jeune société.

Nous ne sommes pas une association de combat, nous sommes une association de concorde, nous ne formons pas un corps doctrinaire, nous

demandons que chacun vienne discuter son opinion pour la faire prévaloir. Nous n'éliminons que l'homme taré, ce qui doit être bien rare dans le corps médical.

Si nous ne pouvons remédier à tous les maux, nous nous efforcerons à les soulager ; plus l'entreprise est difficile, plus il faut d'entente. Et pour cela il est nécessaire que certains de nos confrères veuillent mettre de côté leur timidité et sachent bien qu'ils ont tout intérêt à se réunir à nous pour résoudre les questions qui les intéressent.

Nous souhaitons que ceux qui n'ont plus besoin d'aide se souviennent de leurs débuts, et songent aux revers qui peuvent survenir, que ceux qui jouissent d'une situation privilégiée, comprennent que la fortune et les honneurs les obligent envers les moins heureux. Et nous espérons fermement que nous arriverons à former une association durable, les uns apportant leur bonne volonté, les autres leurs conseils et leur expérience.

Dr Launay,
Secrétaire général de l'Association syndicale des médecins de la Seine.

REPORTAGE MÉDICAL

Ont été nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Mesnet, médecin à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Au grade de chevalier : M. Gouguenheim, médecin à l'hôpital Lariboisière.

— Nous ajoutons à la liste des Conseils généraux qui ont voté la suppression de l'officiat : Alpes-Maritimes, Ariège, Bouches-du-Rhône, Eure-et-Loir, Indre-et-Loire, Haute-Loire, Lot, Lot-et-Garonne, Marne, Haute-Marne, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Nièvre, Oise, Orne, Haut-Rhin, Rhône, Sarthe, Haute-Savoie, Deux-Sèvres, Tarn-et-Garonne, Var, Vaucluse, Vienne, Yonne, Morbihan, Pas-de-Calais.

Ont voté le maintien :

Aisne, Hautes-Alpes, Ardèche, Calvados, Côtes-du-Nord, Creuse, Doubs, Ille-et-Vilaine, Indre, Landes, Loir-et-Cher, Hautes-Pyrénées, Somme, Rhône.

— Les *falsifications du café*, venues d'Allemagne, sont prospères à Lille, où un industriel vient d'être condamné pour avoir moulé des grains de café composés de chicorée, farine, carbonate de fer, grains enrobés dans une solution alcoolique de gomme laque. Une falsification, plus difficile à atteindre, consiste à extraire seulement les substances auxquelles le café doit sa valeur, au moyen de l'éther.

— Les *Annales des maladies de l'oreille* racontent qu'un médecin autrichien avait crevé le tympan d'un de ses malades, en extrayant, avec un stylet, un grain de caroube introduit dans le conduit auditif. Le praticien, accusé de faute lourde, fut condamné à ne plus exercer la chirurgie, avant d'avoir passé à nouveau ses examens sur cette branche de l'art de guérir. Le fait rapporté prouve que les étudiants ne doivent pas quitter la Faculté avant d'avoir fait une étude spéciale des affections médicales et chirurgicales de l'oreille.

— La conférence des avocats de Paris s'est réunie dernièrement pour discuter la question suivante : La révélation du secret professionnel cesse-t-elle d'être un délit quand le dépositaire du secret est autorisé à le divulguer par la personne même qui le lui a confié ?

La conférence a adopté la négative.

BIBLIOGRAPHIE

PUBLICATIONS DU PROGRÈS MÉDICAL

Paris, 14, rue des Carmes, Paris.

Leçons cliniques sur les maladies mentales (*Le délire chronique à évolution systématique*), par M. Magnan. Recueillies par les docteurs Journiac et Sérieux. Volume in-8° de 117 pages. Prix : 3 fr. 50.

Leçons sur les localisations cérébrales, par D. Perrier, traduites par R. Sorel. Volume in-8° de 138 pages, avec 35 figures. Prix : 3 fr. 50.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

Place de l'École de Médecine

4, rue Antoine-Dubois, 4

La *Société d'Éditions scientifiques*, établie sur les bases de la **Mutualité**, a pour principe de partager par moitié, entre les Auteurs et elle, *tout bénéfice* résultant de la vente des ouvrages.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Guide pratique d'accouchement, par le Dr Bureau, *Société d'Éditions scientifiques*, édit., Paris, 1892. — **Prix : 6 francs.**

Sans avoir la prétention d'offrir au public médical un traité d'accouchement, M. Bureau nous donne un manuel des plus complets et des plus intéressants. Il ne s'est pas attardé à reprendre tous les aperçus théoriques qui ont été tour à tour acceptés ou rejetés par les accoucheurs, il n'a pas compulsé et reproduit toutes les considérations critiques et littéraires auxquelles se sont livrés tous ceux qui ont traité des accouchements ou d'un détail de cet acte important. Il s'est contenté de rassembler, en un petit volume très succinct mais très clair et très précis les meilleures méthodes de traitement usitées en obstétrique ; mais pour cela il a dû rappeler brièvement à propos de chaque cas particulier, les principaux caractères cliniques.

Nous ne pouvons, nous le regrettons très sincèrement, donner une analyse de ce petit livre, il est beaucoup trop complet et trop condensé pour que nous tentions même d'en donner un aperçu. Nous y avons trouvé tout ce qu'il est nécessaire de savoir pour mener à bien une pratique obstétricale assez étendue et surtout nous le répétons, pour en faire compliment à l'auteur, nous n'y avons rien trouvé d'oiseux et d'inutile. Que de livres gagneraient à être faits de cette façon, à se débarrasser du fatras des bibliographies étendues et prétentieuses, du verbiage filandreux qui noie l'idée et nuit à l'enseignement pratique et utile.

Excellent livre pour les étudiants, excellent livre pour les médecins, le travail de M. Bureau sera avant longtemps dans les mains de ceux qui veulent savoir leurs accouchements et ne reconnaissent pas la nécessité de savoir ce qu'il faudra oublier et d'apprendre ce que personne ne sait plus.

F. Verchère.

MM. les membres du Concours médical n'ont qu'à adresser **4 fr. 80** pour recevoir **franco.**

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY,

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Treizième année N° 42 17 Octobre 1891

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Action convulsivante de la liqueur appelée vulnéraire (liqueur d'arquebuse.)

MM. Cadéac et Meunier, auteurs de très intéressantes recherches physiologiques et toxicologiques sur les essences et les liqueurs qui en contiennent, nous ont donné (*Société des sciences médicales de Lyon*) une analyse des propriétés de la liqueur appelée *vulnéraire*, si employée par les ouvriers.

De leurs recherches sur l'intoxication aiguë ou chronique par le vulnéraire ou eau d'arquebuse ils ont dégagé les conclusions suivantes :

1° Cinq essences épileptisantes : la sauge, l'absinthe, l'hysope, le romarin et le fenouil entrent dans sa composition.

2° La dose de ces éléments réunis dans un litre de vulnéraire est suffisante pour produire l'épilepsie chez un homme de taille moyenne.

3° Les éléments stupéfiants (thym, serpolet, lavande, rue et mélisse) sont des antagonistes des essences épileptisantes.

4° Les excito-stupéfiants (menthe, origan, angélique, marjolaine, basilic, calamenthe et sariette) s'ajoutent aux épileptisants au début de leur action et aux stupéfiants pendant la seconde phase qui est la plus prolongée. Ils sont doublement toxiques ; primitivement, ils préparent la convulsion et mènent sûrement à la stupéfaction.

5° Les effets épileptisants, partiellement neutralisés par l'effort combiné des stupéfiants et des excito-stupéfiants, sont encore affaiblis par l'alcool.

6° L'intoxication par le vulnéraire, aiguë ou chronique, poussée aux limites extrêmes, se traduit par une hyperesthésie constante, par des convulsions choréiques prolongées, des convulsions tétaniques et cloniques passagères, mais elle n'aboutit jamais à l'attaque épileptique.

7° L'intoxication aiguë, comme l'intoxication chronique, produit une excitabilité morbide, une irritabilité maladive capable de faire éclater rapidement chez les femmes et chez les enfants, et chez tous les sujets par un usage prolongé, des crises hystériques, éclamptiques et spasmodiques, et chez les prédisposés l'attaque épileptique.

Fausse albuminurie des ictériques.

D'après Grocco (*La Riforma medica*), le précipité obtenu dans certaines urines ictériques par les réactifs de l'albumine (chaleur et acide nitrique ou acétique, réactif de Tanret, acide picrique, acide acétique et ferrocyanure de potassium) est constitué par des pigments biliaires et principalement de la biliverdine ; il peut exister dans des urines peu ictériques et manquer dans des urines très colorées ; il s'observe surtout dans les états graves. Le précipité se forme même à froid ou à doses insuffisantes pour précipiter l'albumine, sous l'influence des acides organiques, il se dissout dans l'alcool et ne donne pas la réaction du biuret.

On le distingue du précipité d'albumine en traitant l'urine par 1/30 ou 1/50 d'acide acétique concentré, filtrant et traitant ensuite par les réactifs ordinaires de l'albumine, après s'être assuré que l'addition d'une nouvelle quantité d'acide acétique ne produit pas de précipité.

Calomel dans les affections des voies biliaires.

Sacharjin (*Berl. klin. Woch.*) a dès longtemps insisté sur l'utilité du calomel à doses fractionnées dans les affections du foie, surtout dans les cas chroniques qui s'accompagnent assez souvent d'un trouble profond des fonctions intestinales, lithiase biliaire, cirrhose hypertrophique, ictère catarrhal. Le calomel est donné à la dose de 0 gr. 05 toutes les heures : ordinairement après quelques heures se produisent des évacuations verdâtres qui s'accompagnent d'un grand soulagement, les douleurs s'amendent, les fonctions digestives s'améliorent. On cesse alors le médicament, qui peut

être repris le lendemain sous la même forme. Cette médication alterne avec l'usage des alcalins; on la reprend de temps en temps, lorsque reviennent des phénomènes douloureux et dyspeptiques.

Pommade au sublimé contre l'érysipèle.

A la clinique chirurgicale de Gœttingue, on emploie avec succès, dans le traitement de l'érysipèle, des applications d'une pommade de lanoline contenant 1 pour 1000 de sublimé. Il paraît que la fièvre tombe aussitôt, à la suite de ces applications antiseptiques, et que presque toujours le processus érysipélateux est enrayé dans sa marche.

Examen de certains malades dans un bain.

M. le Dr *Chapowski* indique ce moyen comme facilitant l'exploration des organes abdominaux. Les avantages sont les suivants : 1° La tension réflexe des muscles abdominaux disparaît. 2° Le malade change plus facilement de position. 3° Diminution de la douleur à la pression. L'auteur a pratiqué ce mode d'examen pour reconnaître le rein mobile, les tumeurs de la rate, différents néoplasmes abdominaux, pour l'exploration du rectum, etc., et s'en est bien trouvé. (*Wratch.*)

Traitement régulier de la syphilis.

M. le Dr *Bontemps* (de Saumur), dans le *Bulletin de la Société de médecine d'Angers*, a fait connaître un moyen très pratique d'obtenir des malades le traitement régulier et prolongé de la syphilis. Il rappelle d'abord la recommandation suivante de M. le Professeur Fournier : « Je crois être autorisé à dire, d'après ce que j'ai vu jusqu'à ce jour, qu'en aucun cas la durée d'un traitement antisyphilitique ne peut être abaissée au-dessous de trois à quatre ans, à quelque forme de la maladie qu'on ait affaire et si bénigne même que se soit annoncée la diathèse originairement. Trois ou quatre ans méthodiquement consacrés à une médication énergique, tel est le minimum nécessaire, d'après moi, je ne dirai pas à guérir la vérole, mais à conjurer les manifestations dangereuses pour le présent et l'avenir. »

Pour mettre en pratique ces conseils M. Bontemps a fait imprimer le petit tableau suivant :

Mois	1er	2e	3e	4e	5e	6e	7e	8e	9e	10e	11e	12e
Année 1re	M	M	I	M	R	M	R	M	I	R	M	I
2e	R	R	I	M	I	R	R	I	M	I	I	R
3e	R S	M	I	I	R S	R	I	I	R S	R	M	I
4e	I	R S	I	I	R	R S	I	I	R	R S	I	I

M : mercure — I : iodure — R : Repos — S : sulfureux.

Selon les indications de M. Fournier, ce tableau est basé sur la méthode des traitements successifs, avec stades de désaccoutumance. La formule du Dr Bontemps tient du procédé Fournier et du procédé Martineau : du premier il accepte les dix mois de traitement mercuriel, du second il adopte l'usage de l'iodure de potassium dès les premiers mois, et plus tard, l'administration des sulfureux. Il prescrit ainsi : Pendant la première année, 6 mois de mercure, 3 mois d'iodure, 3 mois de repos ; — Pendant la deuxième année, 2 mois de mercure, 5 mois d'iodure, 5 mois de repos ; — Pendant la troisième année, 2 mois de mercure, 5 mois d'iodure, 5 mois de repos et sulfureux ; — Pendant la quatrième an-

FEUILLETON

Thérapeutique musicale.

On aime beaucoup l'harmonie dans notre petit monde médical, où on n'entend trop souvent, hélas! que notes fausses, cacophonies et discordances. Le sujet de cet article est donc doublement justifié. Je me mets, du reste, en commençant, sous l'égide des médecins qui ont cultivé la musique, Boerhave, un flûtiste éminent, Haller, un maître sur le violoncelle, Brochin, qui attaquait avec tant de succès sur le violon les œuvres de Beethoven et de Mendelssohn, Orfila, une première basse bouffe extraordinaire, Trélat, Fauvel, Calmettes, Cadier, Mareau, qui a composé de fort jolis morceaux, joués pour la plupart à Angers et quantité d'autres mélomanes, de Paris ou de province, dont les réunions artistiques ont été et sont encore fort recherchées.

Je m'abrite sous la caisse de tous les pianos scientifiques, avant de prendre la plume et d'aborder ce sujet, aux allures profanes.

Inutile de faire appel à vos souvenirs classiques pour évoquer la légende d'Apollon, dont la lyre endort la vigilance d'Argus ; d'Orphée soumettant toute la nature animée par le charme de sa voix ; d'Amphyon qui éveille les merveilles de Thèbes ; de Typandre qui apaise tout un peuple révolté par le même moyen ; de David, qui hypnotise Saül avec sa harpe, etc.

Ce sont de naïves conceptions, auxquelles je ne veux pas m'arrêter. Je me contenterai d'en signaler le côté curatif, qui, dès les époques les plus reculées, fut admis, sous toutes les latitudes.

Je ne parlerai pas davantage des ménestrels et des troubadours, dont l'influence fut si grande sur les mœurs et la civilisation du moyen-âge.

On ne saurait oublier, non plus, que la musique eut une grande influence sur les croisades : Les croisés partaient en entonnant des psaumes et des litanies dont les accents furent colportés d'Occident vers l'Orient. « Il est vrai, ajoute le Dr Krishaber (Dict. encyclopédique, tome XI, page 151), qu'arrivés au terme de leur pèlerinage, les caravanes de l'Europe commencent à leur tour les chants frivoles des peuples orientaux, et au retour, les entremêlèrent étrangement avec les *Requiem* et les *De Profundis*. On sait que dans ces grandes migrations, au mysticisme fanatique s'associa dans une large mesure l'esprit d'aventure et de débauche. »

Je me contenterai de rappeler un des feuille-

née, plus de mercure, l'iodure seul entrecoupé de repos et de sulfureux.

Au total, il obtient : 10 mois de mercure ; 20 mois d'iodure ; 6 mois de sulfureux ; 8 mois de repos.

Les quatre premiers mois du traitement sont les plus durs et il serait très difficile de donner encore du mercure pendant le cinquième mois, les malades se dégoûteraient infailliblement si l'on poussait plus loin. Au contraire, c'est grâce au repos du cinquième mois que les syphilitiques continuent le traitement.

M. Bontemps ne manque jamais d'offrir son petit tableau à ses syphilitiques, il leur en donne la clef et leur explique que, seulement après qu'ils auront biffé d'un coup de plume chaque petite case, ils pourront se permettre le mariage, espérer des enfants sains ou envisager sans crainte les petits accidents que l'avenir pourrait ramener et que la sage habitude de ce qu'il appelle l'*iodure des équinoxes* contribuera encore à effacer.

« Ce faisant, ajoute-t-il, même si l'on jette au feu mon petit papier — j'ai du moins la satisfaction du devoir accompli, cette seule joie de la pratique médicale. »

L'œdème bleu des hystériques.

Tandis que, parmi les troubles trophiques que peut produire l'hystérie, l'œdème blanc se trouve signalé de longue date et était déjà signalé par Sydenham, l'œdème bleu est de connaissance très récente. M. Charcot l'a signalé le premier en 1889. Cet œdème a pour caractère d'être dur, si dur que la pression du doigt ne laisse pas d'empreinte ; la coloration est lilas, violacée, bleue, parfois même presque noire.

Les parties atteintes offrent un refroidissement très notable. L'œdème bleu accompagne d'ordinaire quelque autre accident hystérique, paralysie, contracture et marche parallèlement avec lui. Par suggestion, chez une grande hypnotique, M. Charcot a pu déterminer sa production.

Comme traitement, l'hydrothérapie, à titre d'agent général, le massage, les aimants, à titre d'agents locaux, sont seuls à conseiller. La suggestion peut être parfois utile. On n'oubliera pas, d'ailleurs, que l'œdème bleu est appelé à céder de lui-même avec la paralysie, la contracture qu'il accompagne; c'est donc surtout contre cette paralysie et cette contracture que le traitement devra être dirigé. Il faut toujours éviter l'application des bandages inamovibles, qui produit souvent sur les contractures des effets désastreux. Cette action fâcheuse des appareils inamovibles, dans l'hystérie, mérite d'ailleurs d'être méditée surtout dans les coxalgies hystériques. (*Progrès médical.*)

Administration de la créosote par la voie intestinale.

M. le docteur *Revillet* (d'Allevard) a fait connaître, dans la *Semaine médicale*, les avantages qu'il a pu retirer de la créosote prise en lavement. Cette méthode permet de faire absorber, chaque jour, et pendant des mois, des doses de 3 à 4 gr. de créosote. Chacun des malades de notre confrère a pu prendre par ce procédé, en l'espace de cinq mois, de 500 à 600 gr. de créosote.

Le lavement créosoté réalise une véritable antisepsie intestinale, il modifie la muqueuse du gros intestin et les produits septiques qui peuvent être déposés à sa surface. Il arrête la diarrhée tuberculeuse. Enfin les quantités de créosote prises par le malade sont tellement considérables, les résultats si remarquables que l'on peut dire que l'effet thérapeutique de la créosote est porté par cette méthode à son maximum de puissance.

M. Revillet s'est arrêté à la formule suivante :

Eau..............................	200 gr.
Créosote pure de goudron de hêtre..	2 à 4 gr.
Huile d'amandes douces...........	25 gr.
Jaune d'œuf......................	N° 1

Dissoudre la créosote dans l'huile et émulsion-

---

tons du Dr Simplice (*Union médicale*, 28 novembre 1868), qui affirme que Rossini a dû faire plus d'une cure dans sa vie et que bien des mélancoliques ont dû se guérir ou tout au moins se distraire de leurs tristesses, à l'audition du *Barbier* et de la *Cenerentola*.

« Nous ne connaissons peut-être pas assez, dit-il, la puissance du rythme sur notre organisme; je demandais un jour au Dr Véron, qui, quoique non pratiquant, était doué d'un sens médical très juste :« Comment pouvez-vous aller vous enfermer ainsi, tous les soirs, dans une loge d'Opéra ou des Italiens, immédiatement après votre dîner ? — Je ne peux pas digérer sans musique, me répondit-il. Il me faut du rythme.» Je lui rappelai alors une pratique singulière et qui paraissait fort bizarre, d'un praticien très célèbre et très original, Récamier, qui envoyait tous ses dyspeptiques et gastralgiques à la place Vendôme, pour y entendre la retraite et suivre les tambours.

— C'est bien cela, s'exclama M. Véron. L'ouverture de la Gazza qui commence par un roulement de tambours, me fait un bien extrême ; et l'Opéra du Caïd, où le tambour joue un grand rôle, me produit l'effet du meilleur thé. »

Ce qui précède pourra ressembler à un paradoxe plus que fantaisiste, aux organisations réfractaires aux impressions musicales ; mais pour ceux que la musique passionne et exalte, ils conviendront que le bien-être qui suit une audition irréprochable peut avoir, en effet, une influence favorable sur tout l'organisme.

A l'audition d'une partition de son choix (c'est lui-même qui le raconte), Berlioz semblait entrer en vibration : « C'est d'abord un plaisir délicieux où le raisonnement n'entre pour rien ; l'habitude de l'analyse vient ensuite d'elle-même faire naître l'admiration; l'émotion, croissant en raison directe de l'énergie ou de la grandeur des idées de l'auteur, produit successivement une agitation étrange dans la circulation du sang ; mes artères battent avec violence ; les larmes qui, d'ordinaire, annoncent la fin du paroxysme, n'en indiquent souvent qu'un état progressif, qui doit être de beaucoup dépassé. »

On sait qu'à Mazas, un autel est placé au centre de la prison, sur une sorte de haut piédestal, et, le dimanche, les prisonniers sont censés entendre la messe par l'entrebaillement des douze cents portes des cellules : « D'ordinaire, écrit Ignotus (Paris-secret), ce peuple de cœurs tombés ou révoltés, manifeste la plus grande indifférence devant ce spectacle chrétien. La religion lui semble faire partie de cet échafaudage social qui, à ce

ner ensuite avec le jaune d'œuf et ajouter l'eau. Le lavement créosoté pris ordinairement le soir avant le coucher doit être précédé d'un lavement d'eau tiède pour qu'il soit mieux conservé. Cette précaution n'est plus nécessaire au bout de quelques jours.

Les signes de l'absorption se manifestent rapidement et de la façon la plus caractéristique. Le malade a presque instantanément la saveur, le goût de la créosote dans la bouche. Les urines changent de coloration, elles deviennent noirâtres ou d'un noir verdâtre. Il se produit une heure après l'ingestion de la créosote un abaissement très remarquable de la température, un léger ralentissement du pouls et du nombre des respirations.

M. Revillet donne comme une contre-indication formelle la présence de l'albumine dans les urines.

Paroxysmes hystériques à forme de névralgie faciale, de vertige de Ménière.

D'après *Gilles de la Tourette* (*Progrès médical*) on peut observer chez les hystériques des névralgies faciales, ou des accès de vertige de Ménière qui, selon l'opinion de l'auteur, seraient assimilables à des équivalents d'attaques, provoquées par la mise en action de zones hystérogènes localisées en les points correspondants. Dans ces cas, le diagnostic d'avec les syndromes semblables, mais non hystériques, peut parfois ne devenir possible que si l'on a recours aux signes tirés de l'examen de l'urine (inversion de la formule des phosphates) et qu'ont fait connaître MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau.

Anorexie hystérique (Sitieirgie hystérique).

Paul Sollier (*Revue de médecine*) considère que l'anorexie hystérique consiste non seulement dans la perte de l'appétit, comme l'indique le mot anorexie, mais encore dans le refus systématique d'alimentation, et c'est pourquoi il propose ce nouveau terme de sitieirgie. Il distingue deux formes : une primitive, plus grave, sans stigmates, une secondaire, moins tenace, survenant chez des sujets à manifestations hystériques diverses. Il reconnaît à l'anorexie les modes pathogéniques suivants : des *causes morales*, entêtement, esprit de contradiction, etc., la *perte du sens de la faim* par anesthésie du goût et de l'estomac, *accidents nerveux*, spasmes œsophagiens, attaques provoquées par le contact de zones hystérogènes situées sur le trajet du tube digestif, enfin par *illusions sensorielles* consistant surtout en macropsie. Il rapporte un certain nombre d'observations à l'appui des considérations thérapeutiques qu'il développe et où il préconise surtout le traitement moral, dont l'isolement constitue l'élément primordial.

L'angine diphthéroïde de la syphilis secondaire.

A. *Robin* et *Deguéret* (*Gaz. méd. de Paris*) ont cité trois observations d'angine syphilitique secondaire avec productions pseudo-membraneuses d'apparence diphthéroïde, et insistent sur l'impossibilité de distinguer cette angine de l'angine diphthérique en se basant uniquement sur les symptômes locaux, tandis que les signes généraux ne sont jamais ceux que l'on observe dans le cours d'une angine diphthérique d'intensité moyenne ; les anamnestiques et l'évolution, outre les phénomènes généraux, suffisent à établir le diagnostic dans l'immense majorité des cas ; la durée est très variable et oscille dans les observations citées entre 8 et 45 jours ; il ne s'agit donc pas d'une affection à marche toujours lente, comme on l'a prétendu. Une thérapeutique appropriée (traitement anti syphilitique et traitement antiseptique local) abrège la durée des accidents.

---

moment, pése de tout son poids sur lui. Dieu apparaît à ces hommes comme un procureur général. Seule, la musique de l'orgue a la puissance de les émouvoir. Un peu de musique dans les hôpitaux, les hospices et les prisons, voilà un de mes desiderata. Elle endormirait momentanément la misère et le crime. On a remarqué que, seul, l'assassin n'est pas d'un tempérament sensible à la musique. Si cela est vrai, je ne m'étonne pas. Je vous indique du doigt un phénomène semblable dans la nature : Tout oiseau qui a l'habitude de boire du sang ne chante pas. »

— J'admettrais au moins cette distraction pour certaines maisons de refuge, pour les femmes et les enfants ; il est possible que ce soit un outil de relèvement capable d'emporter ces pauvres âmes vers les choses d'en haut. Une heure de répit, de détente, de temps en temps, représenterait la goutte d'eau que dans certaines légendes on offre aux damnés. Une chanson, même au refrain canaille, fait paraître moins longues les heures de l'atelier et remplace avantageusement le dévergondage des conversations.

La musique est la grande consolation, le débouché sérieux, la principale ressource des aveugles de notre institution nationale, car ils gagnent à peine de quoi vivre dans les métiers manuels. Quand l'enfant entre dans cette maison de la rue de Sèvres, les instruments semblent l'interroger comme des sphinx. S'il ne peut pas leur répondre, l'enfant sera dévoré par la misère parisienne. S'il a l'oreille musicale, il est sauvé. Son âme s'illuminera. Il vivra par l'ouïe et sera protégé plus tard contre Paris par son art, comme ce musicien ambulant qui se défendit contre les loups des steppes russes, en jouant du violon.

C'est un grand point de rendre agréable à l'écolier le séjour du collège, et on y contribue, en dehors d'autres plaisirs, dont je n'ai pas à m'occuper, par l'organisation de fanfares, le triomphe des instruments en cuivre, qui répondent au besoin inné des enfants de faire du bruit. C'est un élément de vie et de gaieté ; il est peu artistique, soit ; mais il comporte pour la jeunesse des charmes à nuls autres pareils. D'ailleurs, nos petits amis ne sont pas assez dépourvus de goût naturel, pour ne pas faire de différence entre une exécution convenable et le tumulte discordant de la foire au pain d'épice ; mais enfin, une fête dans n'importe quel pensionnat serait incomplète sans accompagnement instrumental. Les petites solennités des établissements scolastiques sont singulièrement relevées dans l'esprit de nos fils par l'appareil joyeux des pistons et des trombones.

La balano-posthite érosive circinée.

Berdal et *Bataille* (*La Médecine moderne*) ont décrit une forme de balano-posthite caractérisée cliniquement par le développement primitif sur le sillon balano-préputial, d'une érosion rouge, très superficielle, entourée d'un liseré blanc légérement saillant, laquelle s'étend progressivement, et excentriquement et se réunit à des érosions analogues voisines pour donner lieu à une surface érodée à bords polycycliques ; l'érosion, lorsqu'elle a acquis une certaine étendue, donne lieu à une sécrétion purulente assez abondante ; des érosions semblables se développent sur la muqueuse balano-préputiale et occupent peu à peu toute son étendue, mais s'arrêtent au méat urinaire et n'envahissent pas l'urèthre. Cette forme de balano-posthite, très distincte des balano-posthites irritatives, se développe surtout chez les sujets qui ont le gland recouvert par le prépuce et principalement chez les jeunes gens ; elle se montre toujours après le coït et récidive assez souvent. L'inoculation pratiquée sur la muqueuse du gland donne lieu à une balanite en tout semblable à celle qui a fourni le matériel d'inoculation. Cette affection, contagieuse et inoculable, est certainement d'origine parasitaire. Le parasite qui la produit est probablement une spirille qui se rencontre constamment dans sa sécrétion, tandis qu'elle fait défaut dans les autres formes de balanites et à la surface des diverses ulcérations des organes génitaux, et qui existe sur les coupes de la muqueuse dans la balano-posthite érosive ; mais, comme on ne peut pas la cultiver, il n'est pas possible d'affirmer ses relations avec la maladie.

Traitement de la chancrelle et du bubon chancrelleux par les applications locales d'eau chaude.

Arnozan et *Vigneron* (*Journal de médecine de Bordeaux*) décrivent une méthode de traitement inspirée par celle d'Aubert (de Lyon) et consistant, pour les chancres, dans des bains locaux d'une demi-heure dans de l'eau phéniquée à 1 pour 1000 chauffée à 40° et, pour les bubons ponctionnés ou ouverts, dans des injections avec la même eau au moyen d'une forte seringue à hydrocèle. Ce traitement, généralement bien supporté, agit surtout favorablement dans les premiers jours où il est mis en usage ; il modifie rapidement l'aspect du chancre ou de la cavité ganglionnaire et leur donne les caractères d'une ulcération simple ou d'une adénite inflammatoire ; il agit moins favorablement sur les phases ultimes de la réparation et semble déterminer un peu d'induration. Il paraît susceptible d'enrayer le phagédénisme.

MÉDECINE PRATIQUE

Tableau sommaire de l'hystérie.

Parmi les sujets d'articles que plusieurs de mes lecteurs, répondant à mon appel, ont bien voulu m'indiquer figure l'hystérie. J'ai eu depuis dix ans bien des occasions d'aborder ce sujet, je me souviens d'avoir traité de l'hystérie gastrique, de l'anorexie hystérique, de l'hystérie de l'enfance ; l'an dernier je consacrais un article au diagnostic de l'hystérie. Mais, si je comprends bien le désir exprimé par le confrère qui m'a demandé de prendre de nouveau l'hystérie pour sujet d'article, je dois m'efforcer de condenser en quelques colonnes un tableau d'ensemble des innombrables accidents de la grande névrose.

Ma première impression a été que cette entreprise excédait trop les proportions d'un article de journal, et qu'un trop bref résumé d'une si vaste question serait sans profit ; mais en y réfléchissant, j'ai pensé que mon correspondant avait peut-être raison de croire que nos lecteurs aimeraient à repasser en quelques minutes les caractères principaux de cette maladie qui tient une

---

Parmi les moyens indiqués par le Dr Ritti, dans le Dictionnaire de Dechambre, pour combattre la folie du doute avec délire du toucher, on trouve indiquée, surtout pour les femmes pensives, l'étude assidue de la musique ou des langues étrangères. Il s'agit, en pareil cas, de combattre le désœuvrement, d'imposer énergiquement aux malades des occupations absorbantes.

Pour les hypochondriaques, chez lesquels il faut surtout provoquer l'activité, l'effort volitionnel, la musique n'est réellement utile que si le malade est lui-même musicien et si ses auditeurs ont la complaisance de l'encourager par des applaudissements : « Les jeux, la chasse, les exercices du corps, la conversation et les discussions, sont infiniment préférables aux plaisirs passifs du dilettantisme ». (Cotard.)

Les sensations que produit la musique, lit-on dans le Dictionnaire de Larousse, éloignent l'homme des affections basses et le transportent dans des régions plus sereines. La certitude d'avoir à sa portée une source inépuisable de jouissances pures et douces peut suffire pour chasser la tentation des plaisirs sensuels et grossiers. Pénétré par le charme dont l'enveloppe l'exécution d'une belle œuvre musicale, l'esprit fait trêve à ses préoccupations et à ses calculs ; il calme son activité et se repose dans une sorte d'engourdissement voluptueux.

On a aussi prétendu que celui sur lequel la musique n'a pas de prise, qui reste indifférent, est un être incomplet. Les anciens allaient plus loin : Le méchant ne chante pas, disaient-ils ; et c'est cette même pensée que Shakespeare a paraphrasée avec son exagération de poète : « L'homme qui n'a dans son âme aucune musique, et qui n'est pas ému par l'harmonie, est capable de trahison, de stratagèmes et d'injustice. Les mouvements de son âme sont lents et mornes comme la nuit ; ne vous fiez point à un pareil homme ! »

Il serait plus naturel de plaindre ceux qui restent insensibles à l'audition des chefs-d'œuvre des maîtres, quelle que soit leur nationalité.

Les mythes d'Orphée et d'Amphion n'ont pas eu d'autre but que d'exalter la puissance de la musique, en l'étendant jusqu'aux animaux, jusqu'aux plantes et même aux pierres. Des faits plus historiques, comme Typandre apaisant par ses chants une sédition à Sparte, Tyrtée poussant au combat les Lacédémoniens, David calmant avec sa harpe les accès de folie de Saül, sont la constatation des mêmes phénomènes.

Dr Grellety (de Vichy).

---

place prépondérante, dans la pratique médicale.

J'ai d'ailleurs la bonne fortune de pouvoir utiliser, pour faire ce croquis à grands traits, un excellent ouvrage paru cette année même, les *Leçons cliniques sur l'Hystérie* par le professeur A. Pitres (de Bordeaux).

I

Laségue disait que la *définition* de l'hystérie n'avait jamais été donnée et ne le serait jamais. Sans prétendre à donner une définition nosologique, basée sur la nature absolument ignorée de cet état pathologique, M. Pitres se contente de proposer une définition clinique qui résume les principaux caractères par lesquels il se distingue d'autres états morbides.

« L'hystérie, dit-il, est une névrose dont les accidents très-variés ont pour caractères communs : *a*) de ne pas être sous la dépendance directe de lésions organiques ; *b*) de pouvoir être provoqués ou supprimés par des manœuvres externes ou par des causes purement psychiques ; *c*) de se montrer rarement isolés (dans l'immense majorité des cas, certains symptômes latents— stigmates— coexistent avec les manifestations éclatantes de la névrose) ; *d*) de se succéder sous différentes formes et à différentes époques chez les mêmes sujets ; *e*) de ne pas retentir gravement sur la nutrition générale et sur l'état mental des malades qui en sont atteints. »

Il y a longtemps que les médecins ont reconnu que la cause de l'hystérie n'est pas un état morbide des organes génitaux de la femme. Sydenham avait écrit déjà que bon nombre d'hommes y sont sujets. Le public commence à peine cependant à répudier l'erreur des anciens, et il n'est pas encore prudent de prononcer le mot dans certaines familles ; il est regrettable que les efforts faits par divers pathologistes pour lui substituer un autre vocable, neurataxie par exemple, aient échoué.

Les CAUSES PRÉDISPOSANTES sont certainement *l'hérédité névropathique* et probablement aussi *l'arthritisme.*

L'hystérie est bien deux fois plus fréquente dans le sexe féminin, mais elle n'est pas rare chez l'homme, particulièrement dans certains milieux (5 pour 100 des malades du sexe masculin qui se présentent à la consultation du bureau central d'admission des hôpitaux de Paris, Marie). L'hystérie est plus précoce chez la femme que chez l'homme ; chez la première elle apparaît en moyenne entre 11 et 25 ans; chez le second, entre 26 et 40 ans.

L'hystérie coexiste assez souvent avec des anomalies intellectuelles ou morales analogues à celles qui se montrent chez les dégénérés héréditaires ; c'est à ces associations morbides que M. Pitres attribue l'absence d'équilibre moral qui est considérée par la plupart des auteurs comme un état mental propre à l'hystérie.

L'hystérie s'associe bien fréquemment à cette autre névrose qu'on appelle maintenant la neurasthénie, et qu'on appelait autrefois nervosisme, irritation spinale, névropathie cérébro-cardiaque, faiblesse irritable du système nerveux. Mais il faut se garder de les confondre, chacune d'elles ayant ses stigmates différents et sa marche propre.

Assez rarement l'hystérie se montre associée à l'épilepsie, les deux névroses gardant dans ce cas encore chacune ses caractères propres (Charcot).

La *prédisposition à l'hystérie* est souvent attestée dès le bas âge par une succession de troubles nerveux que le médecin ne doit pas négliger ; à côté des « dispositions aux affections convulsives, du caractère mélancolique, colère, emporté, impatient, susceptible, des attaques de catalepsie, des migraines, des serrements de gosier, des étouffements que signalait Georget dès 1824, il y a lieu de ranger une toux sèche, quinteuse, coqueluchoïde arrivant par accès, et persistant pendant des jours, des semaines, des mois malgré tous les traitements, des crises de vomissements sans causes appréciables ou à l'occasion d'émotions morales, les crises de hoquet, de palpitations, les terreurs nocturnes de l'enfance et la céphalée de l'adolescence, certaines formes de congestion pulmonaire avec ou sans hémoptysie, certaines hémorrhagies nasales ou gastriques (probablement liées à l'arthritisme d'ailleurs), des accès de somnambulisme spontané, les contractures ou les paralysies temporaires des membres, les anesthésies sensitives ou sensorielles, les névralgies et les douleurs articulaires d'apparence rhumatoïde (Pitres).

Les CAUSES OCCASIONNELLES ou déterminantes de l'hystérie se répartissent en trois groupes : *émotions morales, — traumatismes, — intoxications.* Le premier est connu depuis qu'on étudie l'hystérie ; Briquet en a été le plus sagace observateur. Les deux derniers sont des conquêtes tout à fait contemporaines. C'est principalement à l'école de la Salpêtrière, à M. Charcot et à ses élèves qu'on doit la connaissance de ces « agents provocateurs » de l'hystérie.

A la différence des auteurs étrangers qui ont cru voir une maladie spéciale (névrose traumatique) dans la réunion des troubles nerveux consécutifs aux grands traumatismes (railway-brain, railway-spine, c'est-à-dire accidents cérébraux ou médullaires par commotions en chemins de fer), il y a lieu de ne voir dans le choc matériel et l'émotion qui l'accompagne que des occasions qui mettent en évidence la prédisposition hystérique congénitale ou encore latente.

Ce que nous disons de l'*hystéro-traumatisme* s'applique aux accidents hystériques qui succèdent à des intoxications : les *hystéries toxiques* sont nombreuses ; le plomb, l'alcool, le mercure, l'oxyde de carbone n'agissent probablement pas autrement que les poisons fabriqués par les microbes dans les maladies infectieuses (syphilis) ou que les poisons qui prennent naissance au sein de l'organisme par suite de perturbations dans sa nutrition (diabète, chlorose, etc.).

En réfléchissant à la diversité des conditions sociales pour les deux sexes, on comprend pourquoi la statistique démontre que les émotions morales sont la cause principale de l'hystérie féminine, tandis que les traumatismes et les intoxications provoquent plus souvent l'hystérie masculine.

II

La classification la plus naturelle des accidents hystériques est celle qui les répartit en *sensitifs, moteurs, vaso-moteurs* et *psychiques.*

Puis dans chacun de ces grands groupes il faut établir des coupes, suivant qu'il y a diminution, abolition ou exagération de la fonction : ainsi anesthésie et analgésie, ou hyperesthésie et hyperalgésie ; contractures et spasmes, ou para-

lysie ; hyperémie et œdème ou ischémie ; quant aux troubles psychiques, ils portent presque exclusivement sur les sentiments moraux et affectifs.

Je ne puis faire ici qu'énumérer les accidents qui se rapportent à ces divers groupes, en consacrant seulement quelques mots à ceux qui sont les moins connus. Quand on méconnaît dans la pratique un accident hystérique, c'est souvent faute d'y avoir pensé ; l'énumération que je vais faire servira au moins à rafraîchir la mémoire des praticiens qui me lisent.

Le phénomène le plus considérable dans la symptomatologie de l'hystérie, c'est à coup sûr l'ANESTHÉSIE qui peut être complète ou totale ou partielle.

Elle peut affecter tous les modes de la sensibilité ou seulement l'un d'entre eux, contact, douleur, température (*hypoesthésie, analgésie, thermo-anesthésie*). Les sensations électriques peuvent être isolément abolies (*électro-anesthésie*) ou conservées seules (*anesthésie avec électro-esthésie*).

Quant à la perte isolée des sensations tactiles, elle ne se rencontre pas dans l'hystérie, pas plus que le retard et le redoublement des perceptions, les erreurs dans la localisation des sensations. Ce sont là des symptômes qui doivent faire admettre l'existence de lésions organiques des centres nerveux ou des nerfs périphériques.

En revanche, on observe chez certaines hystériques une perversion sensitive que M. Pitres a proposé d'appeler *haphalgésie* (ἁφη, contact, ἄλγος, douleur) : elle consiste en une sensation douloureuse intense produite par la simple application sur la peau de certaines substances (cuivre, laiton, or, argent) qui ne provoquent à l'état normal qu'une sensation banale de contact ; ces substances varient suivant les malades.

Les symptômes principaux de l'anesthésie cutanée des hystériques sont :

1° L'*abolition des réflexes consécutifs au chatouillement de la peau* dans les régions anesthésiques, sauf peut être le réflexe abdominal de Rosenbach (contraction brusque des muscles de l'abdomen par excitation superficielle de la peau sus-jacente).

2° La *conservation des réflexes vasculaires, érecteurs, sécrétoires* et du *réflexe pupillaire sensitif* ; ainsi dans les régions où existe l'anesthésie cutanée, la vésication et la sinapisation s'accomplissent aussi vite que dans les régions sensibles, la sécrétion sudorale est aussi active ; le mamelon et le clitoris, quoique anesthésiques, deviennent turgescents au contact ; et, quand on pince fortement ou qu'on pique la peau anesthésique, la pupille se dilate instantanément, comme cela doit être à l'état physiologique.

3° Enfin un caractère important de l'anesthésie hystérique, c'est que *les malades n'en éprouvent aucune sensation subjective désagréable*, ni incommodité notable. C'est un phénomène habituellement latent ; les malades ignorent presque toujours qu'ils sont anesthésiques tant que le médecin ne le leur a pas dit ; ils n'éprouvent pas ces sensations subjectives de fourmillement, d'engourdissement, de picotement et cette maladresse de certains mouvements dont se plaignent à l'ordinaire les individus atteints de lésions organiques de la moelle ou des nerfs périphériques.

D'autres phénomènes peuvent être associés plus ou moins souvent, mais non pas nécessairement, à l'anesthésie cutanée. Ce sont :

1° *l'abaissement de la température locale* et le *ralentissement de la circulation capillaire.*

2° *l'absence d'hémorrhagies après les piqûres* ; ce phénomène résulte d'une hyperexcitabilité vasculaire par suite de laquelle les vaisseaux de la peau, directement excités par le corps piquant, se contractent violemment avant que le sang ait pu s'écouler par la blessure.

Cette hyperexcitabilité vaso-motrice se traduit quelquefois par un afflux sanguin au lieu de le faire par l'ischémie ; d'où le curieux phénomène de *l'autographisme* (Mesnet, Dujardin-Beaumetz) : le passage rapide d'un corps dur quelconque sur la peau est suivi aussitôt d'une élevure rouge persistante, si bien que l'on peut écrire sur la peau du malade avec l'extrémité de l'ongle ou d'un crayon.

3° L'*amyosthénie* (ou affaiblissement musculaire) est fréquemment associée à l'anesthésie du même côté du corps, ainsi que le démontre le dynamomètre ; mais ce n'est pas là une coexistence constante.

Disons enfin que l'anesthésie cutanée est presque impossible à simuler ; du moins un médecin instruit ne s'y laissera pas prendre ; car si on rencontre des individus capables de réprimer par la puissance de leur volonté les manifestations extérieures de la douleur lorsqu'ils prévoient celle-ci, par exemple, quand on leur enfonce une aiguille à travers la peau, il n'en est pas qui ne tressautent brusquement quand on leur applique *à l'improviste* et à leur insu de la glace ou un corps brûlant sur la région prétendue anesthésique, ou si on lance tout à coup à travers les membres une secousse électrique d'une certaine violence.

P. LE GENDRE.
Médecin des hôpitaux.

(*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques recherches sur la fièvre palustre

par le Dr MORET (de Marengo), département d'Alger.

Qu'il soit permis à un lecteur du *Concours médical* de consigner ici des réflexions qu'il a faites sur la malaria après dix ans passés en plein pays malarique, et qui lui ont été pour la plus grande part suggérées par la lecture d'articles de ce journal. Ces réflexions porteront successivement sur les affections abdominales concomitantes de la malaria, sur la marche, le traitement et la pathogénie de cette maladie.

I

Des affections abdominales concomitantes à la malaria.

Partant de la division des auteurs en fièvres intermittentes, rémittentes, pernicieuses, algides, cholériformes, etc., je dois reconnaître que je me suis senti de bonne heure très embarrassé sur le terrain de la pratique.

Ayant des éléments d'études extrêmement riches, beaucoup trop riches même autour de moi, j'avoue que j'ai douté de bonne heure des rémittentes et que les cholériformes avec ou sans algidité m'ont paru de simples complications, dues à une cause différente et intercurrente.

La marche clinique de toutes ces affections à siège intestinal, l'inefficacité trop fréquente de la quinine dont je m'étais attaché à préciser l'emploi avaient déjà changé mes doutes en certitude, quand j'eus la clef pathogénique de la question, en lisant toute une série d'études sur l'insuffisance hépatique, la fièvre de digestion, l'embarras gastrique, etc., dûes à la plume de M. Le Gendre.

Les symptômes de l'*insuffisance hépatique* sautent aux yeux dans la plupart des cas. De plus ils sont fréquents chez les fiévreux et chez les gens indemmes de fièvre. J'ai même eu l'occasion de les étudier d'une façon beaucoup trop personnelle et à plusieurs reprises.

J'avais conservé mon appétit et, fatigué par des journées bien longues et des courses perpétuelles, je me laissais aller aux douceurs du souper. Résultats : pesanteur dans l'hypochondre, douleur même à la pression, sensation d'une dernière bouchée difficile à descendre au niveau du cardia. Battements de cœur précipités (120 par minutes avec une température de 37°5,37°8 au plus), retentissement de ces battements surtout du deuxième bruit du cœur dans tout le côté gauche du cou et de la tête, anéantissement et besoin de me mettre au lit pour n'y pas dormir d'ailleurs. Enfin le matin au réveil urines rouges, sensation de fatigue, etc. Vous voyez qu'il y avait là un état pathologique déjà qualifié. Si je n'avais pris ma température à plusieurs reprises j'aurais été persuadé que j'avais un accés de fièvre.

La quinine par grammes n'apporta à cet état aucune amélioration.

Or l'alimentation insuffisante, lactée presque exclusivement, un peu de sel de Vichy, du naphtol me rendirent en peu de jours un état de santé relativement très suffisant.

Cet état congestif du foie, je le retrouvais partout et nettement dessiné. Depuis longtemps j'avais déjà relevé le bon effet de la diète comme unique moyen de traitement, de sorte que mes souvenirs se joignaient à mes constatations présentes. En effet, ayant charge d'un petit hôpital parfois très peuplé au moment de la fièvre, j'avais des centaines de fois constaté que l'augmentation du régime accordée trop tôt provoquait invariablement une rechute.

Cette insuffisance hépatique allant jusqu'à la fièvre m'était aussi une chose familière. Mes nombreuses courbes de température récoltées à l'hôpital m'en offraient des exemples, mais de types très peu variés... au nombre de deux seulement, l'un type quotidien rémittent, l'autre tierce intermittent. Ces types m'avaient valu des cheveux blancs, je leur avais donné le nom de *fièvres de midi*, car ils présentaient invariablement leur summum à midi, le repas se trouvant vers onze heures. Or contre ces misérables fièvres la quinine était d'une insuffisance évidente, quand elle n'était pas d'une efficacité nulle.

Au contraire la diète lactée scrupuleusement observée me guérissait mes malades presque sûrement, mais trop souvent, hélas, jusqu'à la première explosion d'appétit intempestif. Tant que la langue et l'urine n'avaient pas repris l'aspect normal, je comptais qu'il n'y avait rien de durable.

J'avais beau tourner et retourner la question, les microbes intestinaux m'apparaissaient comme les coupables. La lecture d'un article de M. Le Gendre me fit donner à ces fièvres leur vrai nom de *fièvres de digestion*.

A un degré plus accentué, la fièvre de digestion avec diarrhée, langue cuite, état typhique, sans hébétude, mais avec un délire léger, revênait une *rémittente* que pouvait très bien agrémenter non seulement la congestion hépatique, mais même l'ictère.

C'était là la « fièvre typhoïde de Marengo », de vieille réputation dans le monde non médical d'Algérie.

Or, il aurait fallu être peu familier avec la fièvre typhoïde pour faire confusion.

D'ailleurs, la fièvre typhoïde n'existe pas à Marengo. Je n'en ai vu qu'un seul cas chez une jeune fille de 18 ans, arrivée d'Alger le 7e jour de sa fièvre typhoïde.

Et le hasard, qui fait souvent bien les choses, me fournit dans le même moment le plus beau cas de rémittente dont j'aie conservé la courbe. La durée fut dans les deux cas la même. Tous les deux offrirent en même temps la fièvre de digestion, la *febris carnis terminale*... Je pus comparer tout à mon aise. Je ne retiens qu'un détail. Le malade à la rémittente, un Breton de 30 ans, garde le souvenir exact de sa fièvre. La jeune fille n'en a pas gardé le plus léger souvenir. Elle ne se souvint nullement de mes visites.

Ayant ainsi établi les trois échelons de l'empoisonnement intestinal, congestion hépatique simple, fièvres de digestion, fièvres typhoïdiques ou rémittentes, je me trouvai avoir la clef d'une partie de la pathologie abdominale propre à ma région.

Presque tout le reste de cette pathologie abdominale est compris dans les affections *algides*, *cholériformes* ou non. Très fréquentes ici, ces sortes d'affections, tantôt cholériformes, foudroyantes, — tantôt cholériformes chroniques avec diarrhée — tantôt produisant l'algidité d'une façon plus ou moins prononcée sans diarrhée. Le *refroidissement* de la peau très marqué jusque dans les accès de fièvre intense, la *sueur gluante*, la *soif vive*, la *langue sèche*, le pouls fréquemment petit, les désignent suffisamment à l'attention. Elles sont loin d'être bénignes, tuent souvent quand l'accès de fièvre intervient, et même sans accès. Elles tuent alors d'une façon bien insidieuse et faite pour surprendre des gens peu attentifs à leur santé.

Or, les travaux et observations qui ont été mentionnés dans le *Concours* (1) me dispensent actuellement de discuter l'origine de ces affections. Elles tirent toutes leur importance du *poison frigorigène* produit par le *bacillus coli communis* et peut-être par quelques auxiliaires de rencontre.

Les dernières études des microbiologistes sur les caractères communs du bacillus coli communis et du bacille d'Eberth tendraient même à rattacher ce groupe algide du groupe typhoïdique et à reporter par conséquent sur les bacilles intestinaux ces caractères protéiformes qu'on a tendance à attribuer au seul hématozoaire.

Ce qu'il y a de certain, c'est que je constate chaque année une évolution parfaitement déterminée des groupes morbides intestinaux.

Le groupe algide se développe toujours le premier, même avant l'apparition des premiers accès intermittents.

Le groupe typhoïdique domine à partir de septembre, c'est-à-dire deux à trois mois après le début des premiers.

(1) *Concours Médical*, p. 90, année 1891.

En outre, le caractère algide semble vouloir se prolonger d'année en année. C'est ainsi que cette année au 20 septembre il est encore très accusé, frappant isolément, ou compliquant les diarrhées typhogènes.

L'existence indépendante des symptômes abdominaux, une fois bien établie dans mon esprit au point de vue pathogénique, je me suis étudié à chercher l'influence de l'hématozoaire sur leur évolution.

Or, j'arrivai promptement à ces conclusions :

L'hématozoaire est presque toujours présent et pratiquement doit toujours être supposé présent dans le sang des individus qui sont atteints en pays palustre des affections intestinales dont je viens de parler.

Il ne pervertit jamais les caractères des symptômes dits intestinaux, mais les aggrave toujours soit insidieusement, soit d'une façon irrégulière, soit d'une façon nettement périodique.

Le traitement, ces explications données, devient très clair : contre l'hématozoaire, quinine. Contre l'empoisonnement intestinal à tous ses degrés, désinfection intestinale. Contre la congestion hépatique régime insuffisant, modérément azoté, lacté de préférence.

L'algidité, que je redoute particulièrement, présente deux indications accessoires, mais indispensables. La première, c'est l'irrigation froide, modérée bien entendu, mais permanente de la bouche et de l'estomac. De l'eau fraîche et de la glace, c'est le cri de tous les refroidis, et le mieux produit par cette irrigation (toujours quand elle est convenablement pratiquée) est instantané et profond.

La deuxième, c'est l'emploi des toniques. Strychnine et caféine.

Je n'ai pas besoin d'insister sur tous les emprunts que j'ai faits aux principes de thérapeutique générale dont nous entretient si souvent le rédacteur médical du *Concours*, pour régler ma thérapeutique. Les résultats que j'ai obtenus ont été si satisfaisants que je me crois autorisé à dire qu'un traitement rationnel, appliqué à temps, aboutit presque toujours à la guérison.

II

De la marche annuelle de la malaria.

La saison malarique commence d'une façon précise au solstice, au 25 juin. Elle finit d'une façon variable suivant l'année. D'ordinaire, elle finissait quand arrivait l'hiver. Depuis quelques années elle se prolonge sans cesse.

Pendant tout ce temps l'infection malarique reste, plus souvent qu'on ne croit, latente, ce qui ne l'empêche pas d'aboutir à la cachexie.....

Le plus souvent elle détermine la fièvre intermittente. D'abord tierce, classique en un mot, la fièvre garde ce caractère jusqu'au mois d'août. Pendant tout le mois d'août l'hématozoaire paraît prendre une plus grande activité. J'ai eu maintes fois l'occasion de suivre ses tendances à multiplier ses attaques. La fièvre devient quotidienne, puis bi-quotidienne, puis continue.

Il y a toujours l'inévitable accompagnement gastrique, état saburral de la langue, vomissements bilieux. La durée de l'attaque varie. Souvent de 36, de 48 heures, elle peut se prolonger si le traitement n'intervient pas. Alors, trop souvent elle aboutit aux convulsions et à la mort chez les enfants, au coma et à la mort chez les adultes. Mais parfois elle prend fin spontanément, laissant sa victime dans un état de faiblesse déplorable.

Le traitement par la quinine est ici merveilleux, et sûr. On doit la donner soit à hautes doses, soit à petites doses répétées jusqu'à effet suivant les cas.

L'état saburral est-il une complication à part, quelque chose d'analogue aux fièvres gastriques éphémères de France se greffant sur la fièvre malarique. En tout cas, elle ne nécessite pas un traitement à part, pas même la purge et le vomitif traditionnels. La guérison suit de près la quinine et la récidive n'est pas fatale.

Plus tard la fièvre tend à la quarte. Elle est accompagnée de la grosse rate, du gros foie et de l'anémie particulière.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Exercice illégal de la médecine par un pharmacien. — Les lenteurs de la justice. — Droit du médecin de mettre en interdit un pharmacien.

L'histoire suivante, qui a eu son dénouement en justice, nous paraît tout à la fois instructive et amusante. Au point de vue de nos intérêts professionnels, elle montre — on s'en doutait bien un peu — combien il est parfois difficile au médecin de se faire rendre justice par la justice. Elle établit, en outre — et ce point-là est moins connu — qu'un médecin a le droit de mettre en interdit un pharmacien quand il y va de l'intérêt de ses malades.

En septembre 1885, un sieur J..., pharmacien, venait fonder une pharmacie à Saint-Mandé. Il raconta qu'il venait d'Algérie, pays qu'il avait habité pour raisons de santé. En réalité, il venait d'un département du Sud-Est, qu'il avait dû quitter après condamnations en police correctionnelle, condamnations encourues pour exercice illégal de la médecine et pour critique en public d'ordonnances des médecins de la localité.

Les en-tête de son papier, dont nous avons eu un spécimen sous les yeux, étaient ainsi libellés :

PHARMACIE PROGRESSIVE.

« A J..., pharmacien de 1re classe, ex-interne des hôpitaux de Paris.

« Traitement spécial des ulcères variqueux et des maladies de peau — maladies nerveuses. »

Suivait l'adresse.

Un en-tête de ce genre appelait tout naturellement l'exercice illégal de la médecine. Le sieur J..., en effet, ne tarda pas à s'y livrer, tant et si bien — nous voulons dire si mal — que dix-huit mois après son installation, le 20 mars 1887, trois médecins sur quatre déposèrent au parquet une plainte, fortement motivée. A côté de faits précis d'exercice illégal ils placèrent, pour édifier le tribunal sur la valeur scientifique du pharmacien en question, le petit billet suivant qu'il avait adressé à une cliente, Mme G..., billet dont l'original et une photogravure ont été mis sous nos yeux et qui nous empêche de croire que le signataire ait été, comme il s'en prévalait, interne en pharmacie des hôpitaux de Paris.

Le billet était relatif à l'examen des urines de

Mme G... Le voici, avec son orthographe et sa ponctuation :

Madame G...
Vos urines ne contenient (*sic*) ni sucre ni albunine (*sic*) mais une quantité plus que normale de phosphate ammoniaco-magnésien. Vous avez les nerfs fatigués on en trouve facilement 4 paires et encore j'ai oublié de regarder les vertebres cervicales.
Je vous salue
Signé : J...

Il semble qu'un document de cette force et le casier judiciaire du signataire auraient dû singulièrement faciliter la tâche des médecins poursuivants et hâter les décisions de la justice. Pas le moins du monde. Qu'on en juge.

Saisi de la plainte le 21 mars 1887, le parquet confia l'information à M. Clément, commissaire aux délégations judiciaires. Celui-ci s'en déchargea sur son secrétaire, qui laissa passer six semaines avant de convoquer les témoins et qui conduisit l'enquête d'une façon fort singulière. Il y mit cinq mois, bien que les allégations de nos confrères fussent on ne peut plus faciles à vérifier. Tous les faits furent reconnus exacts, y compris une intervention du pharmacien dans un cas de panaris, intervention qui avait amené la perte d'une phalangette. Il y avait donc matière à poursuivre, non seulement pour exercice illégal de la médecine, mais encore pour blessure par imprudence. Le secrétaire en question n'en estima pas moins qu'il n'y avait pas lieu de poursuivre, que tout provenait de la jalousie des médecins, etc., etc. Le commissaire, qui ne s'était pas occupé de l'affaire, fut naturellement de l'avis de son secrétaire. Le parquet, à son tour, qui se contenta probablement de lire les conclusions du rapport du commissaire, non seulement ne voulut pas poursuivre, mais il ne daigna même pas confier l'instruction à un juge.

Ce fut alors que l'un des médecins poursuivants, le Dr Diverneresse, exaspéré de ces lenteurs et de ce mauvais vouloir, se décida à poursuivre directement et pour son compte (ajoutons que son avocat eut toutes les peines du monde à obtenir communication du dossier, et qu'il ne réussit à se le procurer qu'en usant d'un stratagème). Mais on était au moment des vacances judiciaires et il fallut attendre la rentrée.

Enfin, le 12 septembre 1887, le pharmacien fut assigné par la partie civile pour comparaître devant la 10e Chambre correctionnelle, *le 3 février 1888*.

Il se passa alors un fait que l'on ne voudrait pas croire si les pièces du dossier n'en faisaient foi. Il y avait dix témoins de cités, plus le plaignant et l'accusé, et les deux avocats, soit quatorze personnes qui figuraient au procès, et dont douze venaient de Saint-Mandé à Paris, au Palais de Justice, pour attendre là de midi à quatre heures. Eh bien ! *cette affaire fut remise douze fois* par le Tribunal ! Si bien que du 3 février, jour où elle fut appelée pour la première fois, jusqu'au 15 juin, jour où fut rendu le jugement, les quatorze personnes intéressées à ce procès durent perdre douze demi-journées chacune !

Avant de faire connaître à nos lecteurs le jugement, il est nécessaire d'entrer dans quelques détails sur deux points : 1° sur l'interprétation de l'article 640 du Code d'instruction criminelle ; 2° sur les moyens de défense que mit en œuvre le pharmacien poursuivi.

Tous nos lecteurs savent que les tribunaux punissent d'une simple amende les personnes qui se rendent coupables de l'exercice illégal de la médecine, comme s'il s'agissait d'une de ces contraventions simples, ordinairement jugées par les juges de paix.

Or, il paraît qu'en jurisprudence, c'est la nature de la peine qui détermine la nature de la faute. Il en résulte que par la nature de la peine infligée (amende de 15 fr.), l'exercice illégal de la médecine, qui est cependant qualifié délit et jugé par les tribunaux correctionnels, n'est qu'une simple contravention.

Dans ces conditions, la procédure pour les contraventions est réglée par l'article 640 du Code d'instruction criminelle. En vertu de cet article, pour qu'il n'y ait pas prescription pour une contravention, il faut que le jugement soit prononcé dans le délai d'un an, à partir du jour où la contravention a eu lieu. En outre, et contrairement à ce qui se passe pour la diffamation, aucune assignation ou réassignation ne peut interrompre la prescription.

Dans le procès qui nous occupe, les faits délictueux avaient eu lieu en janvier-février-mars 1887. Il fallait donc, pour qu'il n'y eût pas prescription, que le jugement fût rendu avant la fin de mars 1888. Le tribunal avait deux mois pour entendre les témoins et juger l'affaire, ce qui demandait tout au plus deux audiences. Mais en la remettant douze fois, ce qui recula le prononcé du jugement au 15 juin 1888, les faits se trouvèrent prescrits depuis deux mois, et cela sans que la partie civile pût empêcher la prescription, toujours en vertu de l'article 640.

Le tribunal, par ces délais, volontaires ou non, laissa donc échapper le coupable, tout en reconnaissant qu'il était réellement coupable, puisque le plaignant, le Dr Diverneresse, fut débouté de sa demande *uniquement parce que les faits étaient prescrits* en vertu de l'article 640 du Code d'instruction criminelle (Jugement rendu par la 10e chambre du Tribunal civil de la Seine ; audience de M. de Villers, juge).

Le second point, à savoir les moyens de défense mis en œuvre par le pharmacien, n'est pas moins intéressant, car si notre confrère n'a pu obtenir satisfaction sur la question de l'exercice illégal de la médecine, par contre, il a obtenu du tribunal une décision fort intéressante à connaître au point de vue des rapports entre médecins et pharmaciens.

Les médecins, et notamment celui qui poursuivait le pharmacien, sachant que ce dernier modifiait souvent les ordonnances, défendaient à leurs malades de les faire exécuter par lui. Aussi réclama-t-il, par une demande reconventionnelle, 15,000 fr. de dommages-intérêts au Dr Diverneresse, prétendant que le médecin n'avait aucun contrôle à exercer sur les potions préparées par un pharmacien dont le diplôme prouvait qu'il était capable de bien faire la pharmacie.

Ce à quoi notre confrère répondit :

1° Il n'empêchait pas le public d'aller à la pharmacie de J..., mais qu'il s'opposait seulement à ce que ses ordonnances à lui fussent exécutées par ce pharmacien, ne voulant pas prendre — et pour cause — la responsabilité d'un malade qui ferait préparer ses médicaments dans cette officine ;

2° Que, si le diplôme de pharmacien prouve que celui qui l'a obtenu est capable de bien faire les préparations, il ne peut cependant pas garantir que le porteur du diplôme sera toujours assez honnête et assez soigneux pour bien les faire ;

3° Qu'un pharmacien n'a pas plus le droit de demander des dommages-intérêts à un médecin qui ne veut pas que ses ordonnances soient exécutées par lui, qu'un propriétaire n'aurait le droit de demander des dommages-intérêts au médecin qui aurait conseillé à un client de ne pas habiter un appartement, parce que cet appartement ne lui paraîtrait pas sain.

Le Tribunal civil de la Seine a partagé cette manière de voir et débouté de sa demande le pharmacien dans les considérants que voici :

« Attendu... Que J... n'est pas fondé à se plaindre que Diverneresse aurait, dans certains cas, conseillé à ses clients de faire prendre leurs médicaments dans une autre pharmacie que la sienne ; *qu'un médecin a le droit et le devoir de se préoccuper de l'efficacité des médicaments qu'il ordonne* ;

« Que s'il reconnaît que le pharmacien livre des médicaments défectueux, *il peut et* DOIT MÊME *faire* à ses clients des observations, et, par suite, les engager à prendre leurs médicaments dans une autre pharmacie ;

» Qu'il a été établi que J.., ayant, dans certains cas, substitué des médicaments de sa composition à ceux prescrits par le docteur, en conseillant à ses clients de ne pas aller chez le pharmacien J..., Diverneresse n'a fait qu'user de son droit ; que J... est donc mal fondé à réclamer des dommages-intérêts.

Par ces motifs déclare J... non recevable, en tout cas mal fondé en sa demande en dommages-intérêts et l'en déboute. »

Le pharmacien mécontent fit appel, mais la Cour d'appel de Paris confirma purement et simplement le jugement par un arrêt en date du 20 juillet 1888.

L'importance de cette dernière décision n'échappera à aucun médecin. Elle établit que nous avons le droit et même le devoir de frapper d'interdit les mauvaises pharmacies.

Ajoutons que ce qui est arrivé à notre honorable confrère de Saint - Mandé montre que nous ne devons pas trop compter sur les parquets lorsqu'il s'agit de poursuite pour exercice illégal de la médecine et qu'il est souvent préférable d'intervenir directement, et de suite, comme partie civile. C'est le meilleur moyen d'éviter les lenteurs de procédure qui nous mènent tout droit à l'article 640 du Code d'instruction criminelle et qui peuvent obliger... à faire douze fois en cinq mois le trajet de Saint-Mandé au boulevard du Palais.

D^r DIVERNERESSE,
membre du Concours Médical.

BULLETIN DES SYNDICATS

Le Syndicat de la Seine.

Sur l'invitation de son honorable président, M. le D^r Le Baron, nous avons assisté le lundi 5 octobre, à une des séances mensuelles du Syndicat de la Seine. M. Le D^r Launay, secrétaire, a donné lecture des noms des nouveaux adhérents. A peine né, le Syndicat de la Seine a récolté plus de 125 adhésions et l'activité que déploie son bureau fait concevoir le ferme espoir que, bientôt, cette nouvelle Association comptera des centaines d'affiliés.

A la séance du 5, l'ordre du jour comportait : 1° Les certificats médicaux et la direction de l'enseignement primaire. Nous publions le récit, fait par un membre du Concours, le D^r Diverneresse, de Saint-Mandé, des incidents qui ont amené l'étude de cette question.

2° Rapports à établir entre le Syndicat de la Seine et diverses Sociétés pharmaceutiques, telles que l'Association générale des pharmaciens de France ; le Syndicat des pharmaciens de la Seine, etc... M. le D^r Le Magnet de Paris a proposé d'envoyer les statuts et les publications du Syndicat de la Seine, à ces diverses Sociétés, pour les aviser de son existence.

3° M. le Président a établi, en un long rapport, la possibilité de faire opérer, avec sécurité et profit, le recouvrement de partie des honoraires des médecins syndiqués et surtout de leurs créances difficiles, par un agent spécial, payé par le Syndicat. Il a démontré que des bénéfices pouvaient être opérés, qui suffiraient à doter le Syndicat d'un Bulletin officiel de ses actes. Une commission a été nommée pour étudier la question.

4° Diverses questions ont été ensuite abordées et étudiées avec soin.

C'est par ces travaux et par des actes persévérants de prosélytisme que les membres du Syndicat se proposent de poursuivre leur tâche ardue. Nous leur souhaitons le succès et *le Syndicat de la Seine* sera le bienvenu dans l'Union des Syndicats médicaux de France.

En attendant qu'il ait un organe propre, nous sommes à la disposition du Syndicat de la Seine pour faire au Bulletin des Syndicats toutes les publications qu'il jugerait utiles à la propagation de ses vues et de ses travaux.

REPORTAGE MÉDICAL

La *Gazette hebdomadaire* a reçu de M. le professeur Dieulafoy la lettre suivante :

Mon cher rédacteur en chef,

Un agent d'une Compagnie d'assurances contre les maladies, « *le Progrès* », s'est présenté chez le docteur Péchadre (d'Epernay) comme il s'était présenté chez plusieurs de nos confrères de Lyon, pour proposer à ces confrères d'être médecins de ladite Compagnie, à la condition toutefois de *souscrire une assurance personnelle.*

A titre de références, l'agent de la Compagnie exhibait plusieurs certificats d'assurance signés de moi et me représentait à nos confrères comme attaché à la Compagnie.

Le docteur Péchadre ayant eu quelques soupçons sur la véracité de ces faits, m'en a prévenu. Je m'empresse de déclarer que j'ignorais absolument l'existence de cette Compagnie d'assurances et que je n'ai jamais eu par conséquent le moindre rapport avec elle.

Mais alors comment expliquer qu'un agent de la Compagnie exhibe de moi plusieurs certificats?

Je crois me rappeler avoir signé il y a quel-

ques mois, à titre privé, un certificat qui, m'était demandé par un monsieur qui était venu me consulter. Ma bonne foi a-t-elle été surprise, et ne serait-ce pas ce certificat qui est exhibé par la Compagnie comme document officiel avec d'autres certificats semblables dont j'ignore la provenance ? Je ne sais ; mais il est de mon devoir de mettre mes confrères en garde contre de pareilles manœuvres.

Veuillez agréer, etc. Dr DIEULAFOY.

La manœuvre inqualifiable dont il est question dans cette lettre mériterait d'être signalée au Parquet, afin qu'une enquête judiciaire en établît le mobile, en fît connaître l'agent responsable. Il nous revient, en effet, de divers côtés qu'elle doit être considérée comme un épisode de la campagne contre laquelle ont déjà protesté plusieurs de nos confrères. Une instance ayant été introduite devant le Tribunal de la Seine par un grand nombre de ceux-ci, nous devons attendre le jugement à intervenir. Mais il nous fallait sans plus tarder associer une fois encore la Presse médicale à de justes protestations. L. L.

—M. Pimentel, professeur et directeur d'un journal pédagogique, à Badajoz, va publier en Espagnol le *Guide hygiénique et médical de l'instituteur*, par MM. les Drs Delvaille et Breucq.

—C'est à la suite des observations de M. *Chevandier* que le Conseil général de la *Drôme*, qui, l'année dernière, était partisan du maintien de l'officiat, en a voté la suppression. C'est encore un département à ajouter aux 65 dont nous avons indiqué jusqu'ici les délibérations.

—M. *Corlieu* a récemment publié un article, dans la *France médicale*, au sujet de la loi militaire, votée sans qu'on ait vu intervenir dans la discussion un médecin député. Il se plaint de l'insuffisance du personnel médical, dans notre armée, de la façon vicieuse dont on emploie l'année de service imposée au médecin qui, au lieu d'apprendre à manier le fusil et à éplucher des pommes de terre, devrait, à son avis, faire son année de service, après réception au doctorat et consacrer alors ses 12 mois à s'instruire de toutes ses obligations, en vue du jour où il sera appelé en cas de guerre. Nous souscrivons volontiers à ces idées ; mais nous relevons dans l'article de M. Corlieu cette phrase que tous les médecins trouveront d'une criante injustice : *Dans aucune des lois dans lesquelles les intérêts médicaux sont en jeu*, (à l'exception de la loi Roussel), *nous cherchons en vain leur intervention dans les discussions législatives.*

M. Corlieu n'a jamais entendu parler, paraît-il, de l'intervention incessante, pendant 8 années d'un député dans le vote de la *loi Chevandier*. — Sic vos, non vobis !

FORMULAIRE DU « CONCOURS MÉDICAL »

Solution iodo-mercurielle contre les accidents tertiaires de la syphilis.

Le sirop de Gibert est souvent mal supporté par les malades. M. Ern. Besnier lui substitue le mélange suivant :

Iodure de potassium..........	50 gr.
Liqueur de Van Swieten.......	200 gr.
Eau distillée................	800 gr.

Une cuillerée à soupe aux deux principaux repas.

ADHÉSION A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

M. le docteur CLAUSSE, de Paris, présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de MM. les Drs FOURGNAUD, de la Flotte (Ile de Ré, Charente-Inférieure) et CHALVET, de Crest (Drôme), tous deux membres du Concours médical.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Questions d'Externat, Manuel du Candidat, par M. le docteur Armand B. Paulier, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-18 de 650 pages. Prix : 6 fr.

PRÉFACE

Ce manuel s'adresse spécialement aux étudiants en médecine qui ont l'intention de se présenter au concours de l'externat. Ce concours, qui comprenait autrefois une question écrite et une question orale, se compose actuellement de deux questions orales à traiter en cinq minutes chacune, après cinq minutes de réflexion.

Il faut posséder bien à fond son sujet et avoir une très grande habitude pour résumer, en si peu de temps et d'une façon complète, des questions sur lesquelles on pourrait parler une demi-heure, trois quarts d'heure et plus. Nous avons pensé rendre service aux élèves en traitant un certain nombre de ces questions, telles qu'elles ont été posées et dans le délai prescrit par le jury.

Nous avons choisi, parmi les sujets mis dans l'urne depuis vingt-cinq ans, ceux qui ont été donnés le plus souvent et qui ont le plus de chance de revenir chaque année. Enfin il nous a paru utile d'ajouter à chaque article d'anatomie quelques considérations pathologiques ou opératoires que nous avons puisées dans l'excellent *Traité d'Anatomie topographique* de M. le professeur Tillaux.

Dr Armand B. PAULIER.

Adresser mandat de 4 fr. 80 pour recevoir franco.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Le bacille typhique et le bacille commun du côlon.

Un des plus difficiles problèmes que la bactériologie ait eu à résoudre jusqu'ici est celui de la nature du germe pathogène de la fièvre typhoïde. Dans ce journal, nous évitons d'entrer dans les détails techniques dont l'intelligence n'est claire que pour les personnes qui ont pu fréquenter les laboratoires de microbie, et bien peu de médecins sont encore dans ce cas. Mais nous ne voulons pas cependant passer sous silence les questions importantes dont la solution intéresse à un haut degré l'hygiène et la prophylaxie.

On sait que depuis les travaux d'Eberth et de Gaffky, confirmés par les recherches de Chantemesse et Widal en France, on a attribué communément le rôle pathogène dans la fièvre typhoïde à un bacille spécial, spécifique, dit *bacille d'Eberth*, qui, transporté par les matières fécales des typhoïsants, et contaminant les eaux des boissons, va reproduire la maladie. Dans bon nombre de cas, les hygiénistes civils et militaires l'ont trouvé dans les eaux suspectes d'avoir créé un foyer de fièvre typhoïde.

Mais voici que, depuis deux ans, d'autres observateurs appartenant à l'Ecole de Lyon, MM. Rodet, Gabriel Roux et Vallet, ont soutenu que le bacille décrit par Eberth et Gaffky ne serait qu'une variété du *bacterium coli commune* ou *bacillus coli communis*, microbe qui existe à l'état normal dans l'intestin de tout le monde. Un belge, M. Malvoz, vient de se rallier à cette manière de voir. D'après ces derniers observateurs, il n'existe aucune différence assez radicale dans la morphologie, l'apparence des cultures, et les réactions des milieux pour autoriser à considérer ces deux microbes, le bacille commun du côlon et le bacille d'Eberth, comme constituant deux espèces.

MM. Chantemesse et Widal, fermes dans leur opinion, viennent d'apporter, en faveur de la différenciation des deux microbes, un nouvel argument (Académie de médecine).

Le bacterium coli commune, disent-ils, quelle que soit son origine, qu'il ait été pris dans une vieille culture de laboratoire, puisé dans l'intestin de l'homme sain, ou extrait des organes d'un homme ayant succombé à une infection colienne; qu'il donne des cultures vigoureuses ou qu'il ait été affaibli par une série de chauffages à 59°; qu'il vive au contact de l'air ou dans le vide, *fait toujours fermenter les sucres*.

Le bacille typhique, qu'il soit retiré de la rate au début de la dothiénentérie, qu'il soit puisé dans le pus d'un abcès persistant quinze mois après la fièvre typhoïde, ou qu'il provienne de cultures très anciennes donnant sur la pomme de terre une teinte jaunâtre, qu'il vive à l'état d'anaérobie, *ne fait pas fermenter les sucres*.

Pour s'assurer de ce fait, il suffit d'avoir recours à la technique suivante. On verse dans des matras Pasteur contenant du bouillon ordinaire additionné de 2 p. 100 de lactose, 1 ou 2 c. c. de carbonate de chaux stérilisé (craie pulvérisée). La teneur en sucre n'a pas une grande importance, les microbes se développant bien dans un bouillon renfermant 2 p. 1000 à 15 p. 100 de lactose. Les matras, après avoir passé à l'autoclave, qui chasse toutes les bulles d'air contenues dans le carbonate de chaux sont ensemencés avec du bacterium coli ou du bacille typhique et portés à l'étuve à 37°. Déjà, au bout de quelques heures, on voit se dégager à la surface du liquide des bulles de gaz de fermentation quand il s'agit d'une culture de bacterium coli commune. Jamais la moindre bulle n'apparaît dans les cultures typhiques.

Le bacterium coli fait fermenter ainsi la lactose, la saccharose, la glucose, la maltose, l'isodulcite et même les alcools polyatomiques, la glycérine, l'érythrite, la mannite. Il ne donne pas de fermentation avec l'amidon, ni avec le glycogène. Il fait complètement disparaître la lacto-

se d'une culture, pourvu qu'on ajoute de temps en temps de l'eau de chaux, qui neutralise l'acidité formée et permet au microbe de continuer son œuvre.

A l'aide d'une culture dans le vide, on peut retirer les gaz formés. Ils se montrent constitués en proportions sensiblement égales par l'hydrogène et de l'acide carbonique. Il reste dans la liqueur un acide dont nous avons fait l'analyse avec M. Perdrix. Cet acide paraît être de l'acide acétique, autant qu'on puisse le caractériser par une seule expérience faite par la méthode de distillation fractionnée de M. Duclaux.

Le bacille typhique vit dans les bouillons additionnés de lactose sans jamais les faire fermenter et sans attaquer l'hydrocarboné que l'on retrouve intact. Transporté dix fois de suite de milieu sucré en milieu sucré, il continue à se développer sans acquérir la propriété fermentative. Nous n'avons jamais pu, au contraire, faire perdre au bacterium coli commune son caractère de ferment, par des chauffages répétés dix jours de suite, pendant dix minutes, à 50°.

Si M. Malvoz a méconnu la fermentation du sucre sous l'influence du bacterium coli, c'est sans doute parce qu'il n'a pas pris la précaution d'ajouter à ses bouillons sucrés du carbonate de chaux dont la présence est nécessaire pour apprécier nettement le phénomène.

L'acide formé par la destruction du sucre sous l'influence du bacillus coli est la cause de la coagulation du lait ensemencé avec ce microbe. On ne peut rattacher cette coagulation à la sécrétion d'une diastase, car il suffit de neutraliser avec de l'eau de chaux l'acidité produite pour empêcher cette coagulation. Comme le bacille typhique n'attaque pas la lactose, on conçoit qu'il ne fasse pas coaguler le lait.

Les caractères tirés de l'examen des cultures ont suffi jusqu'à présent à des bactériologistes experts pour établir le diagnostic du bacillus coli et du bacille typhique. Sous des apparences de similitude, ces deux microbes, à un examen approfondi, ne présentent que des différences. Rien n'est plus simple que d'obtenir désormais une différenciation absolue en quelques heures. Il suffit d'ajouter un peu de sucre ordinaire et un peu de craie pulvérisée à un bouillon ensemencé et placé à l'étuve à 37°.

En présence des différences fondamentales que nous venons de signaler dans les actes physiologiques de ces deux microbes, quel bactériologiste voudrait encore soutenir la thèse de leur identité ? »

On verra, dans le prochain numéro, que les adversaires de MM. Chantemesse et Widal ne se déclarent nullement convaincus et apportent des expériences contradictoires aux leurs.

Sur le traitement physiologique de quelques maladies cutanées.

D'après M. *Semmola*, de Naples (*Académie de médecine*), il existe des formes d'eczéma et de psoriasis qui se montrent pendant la saison froide et disparaissent pendant la saison chaude. Ces dermatoses sont déterminées par l'action irritante des produits éliminés par la peau ; les échanges nutritifs généraux étant ralentis et la fonction sudorale supprimée, l'organisme est forcé de se débarrasser de ces produits d'oxydation incomplète par la surface cutanée sous une autre forme plus accentuée et de nature chimique différente. Dans ces cas, sans avoir besoin d'invoquer des entités pathologiques imaginaires, comme faisaient les anciens et comme le font encore de nos jours plusieurs médecins, il suffit de s'adresser à une méthode physiologique pour guérir la maladie cutanée, c'est-à-dire qu'il faut rétablir l'équilibre entre l'activité des échanges organiques et les fonctions dépuratrices de la peau sans jamais recourir aux médications astringentes, qui sont tout à fait irrationnelles et par conséquent nuisibles.

Emploi de la tuberculine comme moyen de diagnostic de la tuberculose bovine.

M. *Nocard* rappelle combien le diagnostic de la tuberculose est difficile chez les animaux ; cependant, ce diagnostic est d'une importance capitale, car on sait quels dangers offre le lait tuberculeux. Il n'y a pas de moyen de propagation plus actif et plus redoutable chez les jeunes sujets. Il s'agit du lait contenant des bacilles de Koch, car toutes les vaches tuberculeuses ne donnent pas forcément du lait tuberculeux. Celui-ci n'existe guère que chez un dixième des vaches tuberculeuses, mais il est très dangereux.

La tuberculine constitue un moyen très efficace de déceler la tuberculose dans ses formes les plus cachées. Chez l'homme, les bénéfices qu'on en retire ne peuvent être mis en parallèle avec les dangers, mais c'est le contraire chez les animaux, où il s'agit avant tout de déceler la tuberculose.

Chez les animaux tuberculeux adultes, la tuberculine, injectée à haute dose, de 25 à 50 centigrammes, produit une élévation de température de 2 à 3 degrés. Chez les adultes sains, on n'observe aucune élévation de température, ou bien celle-ci est très faible : quelques dixièmes de degrés. Chez les bovidés atteints de phthisie très avancée, la réaction fait défaut. Chez les très jeunes sujets, la réaction est variable et indépendante de l'existence de la tuberculose.

Sur 19 animaux ayant réagi sous l'influence de l'injection de tuberculine, 17 étaient tuberculeux à des degrés divers ; 2 n'étaient pas tuberculeux : l'un avait une cirrhose du foie, et, chez lui, l'élévation de température ne fut que de 8 dixièmes de degré ; l'autre avait une adénie intense, qui a été exagérée par les injections de tuberculine.

Sur 38 animaux n'ayant pas réagi, il n'y a eu que 2 sujets tuberculeux, mais ils l'étaient au dernier degré, et le diagnostic était facile par tout autre moyen. Parmi les 17 animaux ayant réagi et atteints de tuberculose, 8 avaient un aspect magnifique et la tuberculose n'aurait pu être décelée par aucun autre procédé.

Les 37 animaux n'ayant pas réagi n'étaient pas tous sains : 2 avaient une péripneumonie, 1 une bronchite vermineuse, 3 des échinocoques du poumon, 1 une actinomycose de la mâchoire.

M. Nocard propose d'éliminer toutes les vaches qui ont offert une réaction après l'injection de tuberculine et de n'admettre à la reproduction que les vaches qui n'ont pas réagi.

On objectera que la réaction ne s'est pas produite chez des animaux tuberculeux et qu'elle s'est effectuée chez des animaux non tuberculeux. Mais, dans le premier cas, la tuberculose

était au dernier degré, par conséquent, facile à diagnostiquer; et, dans le second cas, les animaux, pour n'être pas tuberculeux, étaient atteints de maladies graves. Assurément la tuberculine ne constitue pas un moyen de diagnostic infaillible, mais il n'y a rien d'infaillible en médecine. M. Nocard ne veut pas substituer la tuberculine à la recherche des bacilles et à l'inoculation, mais il propose de l'adjoindre à ces deux procédés de diagnostic.

M. Roux, de l'Institut Pasteur, peut fournir de la lymphe qui a des effets à peu près identiques à ceux de la lymphe de Koch. M. Nocard émet le vœu qu'on mette à l'étude l'inspection médicale des établissements où se produit du lait pour l'alimentation.

Les résultats de l'application de la loi Roussel.

M. *Marjolin* lit un travail sur ce sujet. Si cette loi, dit-il, n'a pas encore donné tous les résultats que l'on est en droit d'en attendre, c'est surtout à notre indifférence, au mauvais vouloir de quelques-uns, à des changements trop fréquents dans le personnel administratif qu'on le doit. Il est cependant incontestable que la loi a fait sensiblement baisser la mortalité des enfants du premier âge. Ce résultat s'obtient surtout dans les endroits où les administrateurs se sont montrés particulièrement zélés et où les Conseils généraux ont pris à cœur l'exécution de la loi. Aussi, pour assurer l'exécution complète de celle-ci et obtenir, dans toute la France, les excellents résultats qui, jusqu'à présent, ne s'obtiennent qu'exceptionnellement, il faudra une loi qui *contraigne* tous les Conseils généraux à voter les subsides nécessaires à l'exécution de la loi Roussel.

De la polyurie dans la sciatique (1).

Suivant M. *Debove*, la polyurie est un phénomène très fréquent dans le cours de la névralgie sciatique, du moins dans le cours des sciatiques intenses. Dans les cas bénins la quantité d'urine reste normale.

Quand elle existe, la polyurie débute ou paraît débuter en même temps que la névralgie elle-même ; elle atteint son maximum au moment où les douleurs atteignent leur plus grande acuité, puis elle disparaît progressivement en même temps que ces douleurs. La quantité d'urine émise varie avec chaque malade.

M. Debove a recueilli un certain nombre de ces faits. Voici les plus intéressants :

Un malade, âgé de 40 ans, atteint de sciatique, urinait 4 litres en 24 heures. La polyurie disparut quand la sciatique fut guérie. Trois ans avant, cet homme avait présenté les mêmes phénomènes dans le cours d'une sciatique ayant duré plusieurs mois. Dans l'intervalle de trois années qui sépara ses deux attaques, il n'y eut pas de polyurie.

Dans un autre cas, il y avait, par 24 heures, 2.500 grammes d'urine et 48 gr. d'urée. A la guérison de la sciatique, 1.250 grammes d'urine et 24 gr. d'urée. Ici, il y avait eu non seulement polyurie, mais azoturie. Ce fait peut être rapproché de plusieurs autres publiés à l'étranger et dans lesquels on a vu la sciatique produire une glycosurie ou une albuminurie transitoire.

La polyurie se montra aussi dans un cas de sciatique symptomatique, chez une femme atteinte de cancer utérin.

M. Debove a recherché la polyurie chez une malade atteinte de névralgie faciale intense ; la quantité des urines était normale.

Certaines expériences physiologiques cependant font comprendre le mécanisme de la polyurie dans le cours de la névralgie sciatique. Après la section du nerf sciatique d'un chien, si on excite le bout périphérique, on observe une augmentation de la tension artérielle. Or toute augmentation de la tension artérielle détermine une augmentation de la sécrétion urinaire.

C'est là un fait physiologique intéressant à rapprocher des faits cliniques de polyurie dans le cours de la sciatique.

M. Mathieu a observé deux cas analogues, M. Debove lui ayant signalé ce phénomène il y a quelque temps. Dans un de ces cas la polyurie était assez considérable ; la quantité d'urine était de 4 ou 5 litres par 24 heures, d'après l'évaluation du malade.

M. *Desnos* pense que cette polyurie doit être rapportée à la douleur. On l'observe aussi dans la colique hépatique.

Hystérie simulant l'épilepsie.

M. *Mathieu* rapporte l'observation d'un malade de 40 ans qui était entré à l'hôpital pour des attaques rappelant tout à fait les attaques de l'épilepsie classique ; elles débutent par une aura sensorielle consistant en bourdonnements, sifflements, visions rouges ; puis le malade pousse un cri, tombé et se débat ; sa face est turgescente, sa bouche est couverte d'une mousse sanguinolente, car il se mord la langue. La crise dure de 2 à 10 minutes. Puis survient un sommeil lourd et profond. La crise reparaît tous les huit jours environ, mais non très régulièrement.

En examinant de plus près ce malade, on constate cependant chez lui des stigmates hystériques : hémianesthésie gauche totale, rétrécissement très marqué du champ visuel, anesthésie pharyngée.

Le malade est mélancolique, il a des idées noires qui le poussent au suicide. Il est hypnotisable. Il souffre de céphalalgies tenaces et quelquefois intenses. Il n'est pas syphilitique. Il a en outre un tic du front et une sorte d'agoraphobie qui l'empêche, par exemple, de marcher le long d'un trottoir et qui lui donne une grande frayeur de l'ombre ; ainsi il ne peut passer sur l'ombre d'un arbre et son ombre propre lui cause une sensation très désagréable.

Les crises ont débuté après une peur très vive, il y a trois ans ; ce furent d'abord des vertiges, des pertes de connaissance, des symptômes de petit mal, puis peu à peu se montrèrent les grandes attaques.

Ce sont là évidemment des crises épileptiformes que l'on doit rattacher à l'hystérie. Et, en effet, comme l'a dit Charcot, l'hystérie simule tout. Elle peut donc simuler l'épilepsie.

Ceci a une certaine importance surtout depuis qu'on a prétendu guérir l'épilepsie par la suggestion. Les épileptiques qu'on a guéris n'étaient-ils pas simplement des hystériques ?

On a pu confondre, si les crises épileptiformes étaient les seuls stigmates de l'hystérie. La suggestion d'ailleurs se rattache à *l'hystérie*.

M. Mathieu a endormi son malade. La suggestion a déjà produit une amélioration psychique.

(1) Société médicale des hôpitaux (9 octobre).

Le malade est moins triste, et n'a plus d'idées noires ; peut-être guérira-t-il complétement.

M. *Barié* rappelle que, d'après M. Lépine, il y aurait après l'attaque d'épilepsie une augmentation de l'urée qui ne se produirait pas après l'attaque hystérique. On pourrait utiliser ce moyen de diagnostic dans des cas analogues à ceux de M. Mathieu.

M. *Voisin* admet que le malade de M. Mathieu est sûrement un hystérique. Ses crises durent de deux à dix minutes. Or, jamais la crise d'épilepsie ne dure plus de deux minutes. En outre, ce malade présente des stigmates indéniables d'hystérie. Enfin, il est hypnotisable.

Les épileptiques sont très difficilement suggestionnables. Il n'est donc pas possible de guérir les épileptiques par la suggestion.

Quant à l'augmentation de l'urée après les crises d'épilepsie, M. Voisin ne l'a jamais constatée. Cependant il a fait, depuis un an, ses recherches en ce sens : il n'a jusqu'à présent rien trouvé de ce côté qui puisse différencier l'hystérie de l'épilepsie.

Influence de la grippe sur le cœur et les cardiopathies (1).

Pendant l'épidémie de 1889-1890, M. *Henri Huchard*a décrit une *grippe cardiaque* caractérisée, pendant le cours de la maladie, par des accidents divers ; phénomènes angineux, embryocardie, syncopes, ralentissement du pouls et tachycardie, collapsus, et asthénie cardiaque, etc. Ces divers accidents relèvent de l'action de la grippe sur les artères du myocarde et sur le myocarde lui-même, sur l'innervation cardiaque, qui est profondément troublée par suite d'un véritable état parétique des nerfs pneumogastriques.

Mais il est un autre fait important qui rend compte de l'aggravation des cardiopathies préexistantes par l'invasion de cette maladie, c'est la diminution parfois considérable de la tension artérielle. Elle contribue, en grande partie, à produire le « pouls instable » et l'embryocardie. En outre, comme cette hypotension artérielle survit à la maladie pendant un temps souvent très long et qu'elle est la cause la plus puissante de la rupture de compensation des cardiopathies, elle place celles-ci en imminence d'hyposystolie et d'asystolie. C'est là ce qui explique l'aggravation rapide et continue des cardiopathies valvulaires sous l'influence grippale. Le réveil ou l'aggravation des maladies chroniques par la grippe est un fait connu, mais il n'avait pas reçu jusqu'ici son explication pour les affections du cœur. Cette influence aggravante s'exerce encore sur les cardiopathies et néphrites artérielles, sur l'angine de poitrine. Il y a des angineux chez lesquels les accès douloureux sont devenus beaucoup plus fréquents et plus graves depuis l'influenza. Stokes est le seul auteur ancien qui ait cité des faits semblables.

La grippe exerce son action, non seulement sur les nerfs, sur les vaisseaux du cœur et sur son muscle, mais aussi sur l'encocarde. Dernièrement, Pawinski (de Varsovie) a décrit quelques faits *d'endocardite grippale*. M. Huchard a observé trois cas *d'endocardite infectieuse* grippale. Oulmont et Barbier ont cité le fait d'une endocardite infectieuse à streptocoques sous l'influence de la grippe. Dans les trois cas observés par M. Huchard, il s'agissait d'affections aortiques anciennes qui se sont compliquées rapidement d'accidents infectieux et se sont terminées par la mort en plusieurs semaines. Ce fait ne doit pas surprendre ; car, si le microbe de la grippe n'est pas encore trouvé, on sait que cette maladie est l'occasion d'une sorte de rendez-vous de nombreux microbes (pneumocoque, staphylocoque, streptocoque, etc.), que les infections secondaires sont fréquentes à sa suite, et que l'endocardite infectieuse peut être ainsi une des principales complications, non pas seulement dans le cours de la grippe, mais aussi pendant sa convalescence. Et les cardiopathies préexistantes s'aggravent ainsi pour deux raisons principales : 1° parce que la tension artérielle subit une grande diminution dans le cours de la grippe ; 2° parce que les microbes pathogènes de la grippe peuvent se fixer sur un endocarde déjà malade et augmenter ainsi les accidents en ajoutant un caractère infectieux au processus endocardique. Or, cette endocardite infectieuse grippale a son siége de prédilection à l'orifice aortique, fait qui s'explique par la nature du microbe qui la détermine le plus souvent, le pneumocoque, qui se fixe de préférence sur l'orifice aortique.

(1) Assoc. pour l'Av. des Sc., Congrès de Marseille.

Déterminisme de la contagion de la tuberculose.

M. *Aubert* (de Mâcon) a fait connaître au congrès de Marseille qu'il instituait un prix de 500 francs pour le meilleur mémoire soumis à l'Académie de médecine d'ici à cinq ans sur cette question :

Rechercher par l'observation clinique et expérimentale s'il existe chez l'homme des constitutions réfractaires à la tuberculose.

La divulgation des divers modes de contagion de la tuberculose jette souvent dans l'entourage des malades un effroi légitime. La presse y remédierait en faisant connaître la fréquence de la guérison de la phtisie tuberculeuse par les efforts de la nature et par ceux de la science, ainsi que la nécessité pour sa transmission de certaines conditions dans les rapports du malade avec ceux qui l'entourent. Dans plus de quarante années de pratique médico-chirurgicale M. Aubert a observé fréquemment l'immunité des arthritiques vis-à-vis des tuberculeux qu'ils pourraient fréquenter et soigner impunément.

Cas d'angine pseudo-membraneuse à staphylocoques au début de la scarlatine.

M. *H. Gillet* apporte un fait qui contribue à éclairer la pathogénie des angines pseudo-membraneuses. « La clinique seule semblait déjà nous indiquer que la fausse membrane n'était pas toujours synonyme de diphthérie, mais la démonstration scientifique des différentes catégories d'angines de cette nature manquait encore.

L'impulsion a été donnée par les recherches touchant l'angine scarlatineuse précoce : les auteurs qui ont pris en main l'étude de la question ont cru devoir rapporter cette angine à un streptocope identique ou analogue à celui de l'érysi-

(1) *Annales de la Policlinique de Paris.*

pelé ou de la fièvre puerpérale. Le streptocoque, comme le montre M. F. Widal, peut dans certaines conditions changer son action pyogène ordinaire en action fibrinogène, faire de la fausse membrane au lieu de pus. Il n'a pas perdu pour cela sa qualité première, puisqu'on le retrouve dans les bubons scarlatineux suppurés et que même ces adénites suppurées sont fréquentes à la suite de ces angines.

A côté du streptocoque constant se rencontraient des staphylocoques (aureus et albus) et quelques bactéries vulgaires ; mais le bacille diphthérique n'apparaissait jamais.

Certaines angines pseudo-membraneuses primitives, et non plus secondaires à la scarlatine, d'un diagnostic difficile avec la diphthérie gutturale, donneraient à l'examen bactériologique un résultat identique ; absence de l'organisme de la dipthérie, présence de streptocoques.

Jusqu'ici donc le streptocoque semblait devoir être le seul organisme capable de fabriquer la fausse membrane et de partager ce pouvoir avec le bacille diphthérique, lorsque M. Jaccoud nous apprit que le pneumocoque pouvait se rencontrer presque à l'état de pureté dans une fausse membrane fibrineuse. Le sujet, un garçon de 19 ans, dont l'angine avait débuté violemment, montrait un exsudat blanc de l'amygdale et du pilier, avec gonflement des ganglions et du cou, albuminurie, état qui pouvait faire craindre la diphthérie.

Le fait, bien que nouveau, n'offrait rien d'imprévu, puisque le pneumocoque possède, au plus haut point, le pouvoir fibrinogène.

Il a été donné à M. Gillet d'observer un cas d'angine pseudo-membraneuse au début de la scarlatine, dans laquelle il a pu trouver le bacille diphthérique, résultat négatif important, mais dans lequel il a décelé un organisme, possédant les caractères généraux du *staphylococcus pyogenes albus*. Si des faits semblables se produisaient, il faudrait mettre ce microorganisme au rang des facteurs de la fausse membrane dans l'angine scarlatineuse précoce, car jusqu'ici il n'a jamais été rencontré seul, il accompagnait le streptocoque, et cela même moins souvent que le staphylococcus pyogenes aureus.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Pathogénie et traitement de l'éclampsie puerpérale.

L'*éclampsie* est une des plus redoutables complications qui surviennent au cours de la puerpéralité ; nous avons montré, dans un article récent (1) sur le *Traitement de l'albuminurie puerpérale*, combien le médecin était armé pour prévenir l'éclampsie en examinant systématiquement les urines de *toutes* les femmes enceintes et en soumettant au régime lacté toutes celles qui étaient atteintes d'albuminurie.

Si le nombre des éclamptiques a beaucoup diminué depuis plusieurs années, sous l'influence de ce traitement prophylactique, on n'en observe pas moins de temps à autre quelques cas ; pour ne pas avoir le même retentissement qu'a eu dernièrement celui de cette princesse russe enlevée si brusquement à l'affection de son impériale famille, ces cas isolés n'en ont pas moins trop souvent la même issue malheureuse.

(1) *Concours médical*, juillet 1891.

Aussi nous paraît-il intéressant, après avoir rappelé les différentes théories qui se sont succédé pour expliquer l'apparition des accès convulsifs, d'indiquer quelle conception pathogénique on peut s'en faire aujourd'hui d'après les travaux les plus récents (1) et quelle est la meilleure thérapeutique à instituer.

I

PATHOGÉNIE.

Les accès d'*éclampsie* survenant chez la femme enceinte ou en travail ont de tout temps attiré l'attention des observateurs : leur analogie avec les crises convulsives de l'épilepsie a fait croire d'abord que ces accès étaient dus à une affection nerveuse.

La théorie *nerveuse* est donc la plus ancienne ; émise par Borsieri, Mauriceau, elle fut adoptée par Sydenham qui en fit une *névrose suraiguë*, et par nombre de pathologistes dont les uns considérèrent l'éclampsie comme une névrose simple, les autres comme une névrose d'origine réflexe à point de départ utérin.

En 1851, Marchal (de Calvi) attribua l'éclampsie à une altération des centres nerveux et de leurs enveloppes ; les autopsies montrent qu'au contraire les méninges et le cerveau sont presque toujours intacts et qu'on y trouve rarement l'œdème, l'anémie ou la congestion incriminés tour à tour.

Après avoir assimilé l'éclampsie à l'épilepsie, on la rapprocha des accès convulsifs qui surviennent dans l'urémie chez les personnes atteintes d'albuminurie scarlatineuse : la *théorie rénale* était née. Pour les uns les accidents convulsifs étaient dus, ainsi que l'anurie, à un spasme rénal réflexe, d'origine utérine (Rosenstein, Traube) ; pour les autres il existait des lésions rénales, permanentes ou temporaires, qui en altéraient le fonctionnement physiologique, d'où rétention dans le sang de différents produits qui s'éliminent habituellement par l'urine ; on a voulu aller plus loin et déterminer quel était le produit qui donnait lieu aux accidents convulsifs ; d'où les différentes théories de :

a) *L'urémie*. D'après Wilson (1833), l'éclampsie serait due à la présence dans le sang d'un excès d'urée qui serait toxique ; Cl. Bernard a renversé cette hypothèse en montrant qu'on peut injecter de l'urée dans les veines d'un animal sans produire de convulsions. D'après Bouchard, l'urée serait le plus actif agent diurétique, incapable de provoquer des mouvements convulsifs ; sur son conseil, Pinard a même employé l'urée en injections hypodermiques chez des éclamptiques.

b) *L'ammoniémie*. Convaincu que l'urée ne pouvait être mise en cause, Frerichs soutint que les accidents étaient dus au *carbonate d'ammoniaque* qui résulte de la décomposition de l'urée dans le sang sous l'influence d'un ferment. D'après *Treitz*, ce n'est pas dans le sang, mais dans l'intestin que se fait cette décomposition et par suite cette intoxication ammoniacale ou *ammoniémie*. Cl. Bernard vint encore renverser cette théorie en démontrant que la présence du carbonate d'ammo-

(1) *Bouffe de Saint-Blaise* (th. in 1891). Les lésions anatomiques que l'on trouve dans l'éclampsie puerpérale ; — *Dubost* (th. in 1891.) Traitement de l'albuminurie et de l'éclampsie puerpérales.

niaque était aussi constante dans le sang de l'individu sain que de l'individu malade.

c) D'autres substances ont été tour à tour incriminées comme pouvant produire les accidents convulsifs par rétention dans le sang : telles sont la *créatine*, et la *créatinine* (créatinémie de Schottin), la *potasse* (potassiémie de d'Espine), l'*oxalémie* (de R. Jones), etc.

d) De l'*urinémie* (Schottin, Gubler, Peter, Bouchard, etc). Cette théorie comprend toutes les précédentes : lorsque les reins fonctionnent mal, ce n'est point telle ou telle substance, retenue dans l'organisme, qui produit les phénomènes d'empoisonnement, mais les différents matériaux de l'urine (c'est *l'urinémie*). Sans doute telle ou telle substance peut avoir une action prédominante, mais elles contribuent toutes à l'intoxication définitive. Un fait à l'appui de cette théorie : les expériences de Bouchard sur la toxicité des urines, reprises par Chambrelent et Rivière, ont montré que dans l'éclampsie les urines ne sont plus toxiques comme celles d'une femme enceinte, chez laquelle les reins fonctionnent bien et jouent leur rôle d'émonctoire.

Est-ce à dire que l'*urinémie* suffise à expliquer la pathogénie de l'éclampsie ? Faut-il confondre ces accidents convulsifs avec ceux qui peuvent se montrer au cours d'une urémie brightique ? Nullement : ne devient pas éclamptique qui veut, même avec de l'albumine dans les urines. Il est certain qu'une prédisposition nerveuse crée un terrain favorable ; M. Féré a même soutenu que les accidents nerveux éclamptiques ne s'observaient guère que chez les sujets prédisposés, névropathiques et héréditaires ; d'après ses observations, un certain nombre de femmes atteintes d'éclampsie avaient des antécédents héréditaires de nervosisme très caractérisés ; quelques-unes ont même présenté ultérieurement de l'épilepsie vraie. Nous-même avons vu mourir d'éclampsie une primipare âgée qui, au moment où nous la vîmes, était dans le coma, et dont les deux sœurs avaient eu à leur première grossesse des accès d'éclampsie.

Ce qui vient compliquer cette question si embarrassante de pathogénie, c'est que l'éclampsie s'observerait chez des femmes qui *n'ont pas d'albumine dans les urines* ; dans un dixième des cas environ l'albumine ferait défaut. Certains auteurs donnent même une proportion plus élevée : ainsi, d'après Paouperoff, au dernier congrès de Bonn, sur 288 cas d'éclampsie, l'urine ne contenait de l'albumine et des éléments figurés, que dans 174 cas. De plus, alors même que l'albumine existe, on trouve des lésions rénales très variables, quelquefois peu marquées ; parfois même elles manquent.

Aussi, sans nier les relations intimes qui existent, dans la majorité des cas, entre l'éclampsie et l'albuminurie gravidique, a-t-on cherché à expliquer autrement la pathogénie de l'éclampsie : sous l'influence des idées régnantes en pathologie générale sont nées la *théorie microbienne*, et la théorie de *l'auto-intoxication*.

A. *Théorie microbienne*. — Doléris (1884-1885), Delore et Rodet tentèrent d'établir l'origine microbienne de l'éclampsie ; en 1886, Jürgens trouva dans le foie et le poumon de deux femmes éclamptiques des bacilles courts, légèrement recourbés, mais hésita à leur accorder une importance pathogénique ; dans plusieurs publications, E. Blanc (de Lyon) fit connaître le résultat de ses recherches, dans lesquelles il constata même la sensibilité du micro-organisme à l'action du chloral, mais sans être affirmatif. Comme le dit fort bien notre collègue A. Pilliet (1), dont les recherches ont été également négatives, « la théorie de l'infection, qui rendrait bien compte d'une série de phénomènes observés, n'est donc pas assise ; il n'y a pas de microbe isolé défini, isolé par la culture et reproduisant la maladie. »

B. *Théorie de l'auto-intoxication*. — C'est celle de Bouchard pour qui l'éclampsie résulterait d'une intoxication complexe, provenant non seulement du rein, mais aussi du foie qui fonctionne mal ; ses différentes fonctions (glycogénique, biliaire, hématopoiétique, uropoiétique, etc.), se font imparfaitement ; de telle sorte qu'il y a de nouvelles causes d'empoisonnement par les substances de la bile qui restent dans le sang, par les ptomaïnes qui sont insuffisamment détruites et sont en partie résorbées.

En 1888, Auvard et Rivière ont repris, en l'amplifiant, la théorie de Bouchard : ils ont cherché à démontrer que l'auto-intoxication était produite par la rétention de matières toxiques résultant du mauvais fonctionnement des émonctoires naturels, tels que la peau, le poumon, l'intestin et surtout le foie et le rein qui donnent lieu aux deux principales formes d'éclampsie, l'hépatique et la rénale. A. Pilliet critique « cette théorie qui pèche par deux points au moins. D'abord on ne nous montre pas les poisons qui déterminent l'auto-intoxication, ni les lésions qu'ils produisent. Ensuite le point de départ de tous les accidents serait, d'après Auvard, le surmenage des organes éliminateurs par la grossesse. Or, rien n'est moins démontré. Beaucoup de femmes se portent mieux pendant leur grossesse qu'à aucune époque de leur vie ».....

Notre excellent ami le Dr Bouffe de Saint-Blaise envisage l'éclampsie à un autre point de vue : avant de chercher à l'expliquer, il en détermine la caractéristique anatomique. Rappelant et confirmant les recherches de Virchow, de Jürgens, de Pilliet, il montre que la lésion constante qui existe dans l'éclampsie, consiste en petits foyers hémorrhagiques, disséminés surtout dans le foie et même dans d'autres organes (rein, cerveau, etc.) ; de telle sorte qu'une femme qui présente ces lésions est une *éclamptique* avant même d'avoir eu une crise convulsive. Ainsi, d'après lui, « la maladie est constituée avant qu'il y ait eu une attaque convulsive ; ces attaques peuvent même être prévenues par un traitement énergique approprié. Mais la malade, dans cette dernière hypothèse, n'en reste pas moins éclamptique, au même titre que celle qui a eu de nombreuses attaques. Il lui a manqué simplement un phénomène, phénomène très important et très grave, il est vrai. » Autant Bouffe est affirmatif sur cette question d'anatomie pathologique, autant il est réservé sur la cause qui produit ces lésions ; il se contente d'affirmer que chez toute éclamptique : 1° il existe une grave altération du sang ; 2° il arrive dans le foie, par la veine porte, un produit quelconque, chimique ou septique, venant probablement de l'intestin. En outre, le foie malade n'exerce plus son action préservatrice vis-à-vis des poisons normaux de l'économie ; ces poi-

(1) *Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*, 26 juillet 1890.

sons, mélangés au sang, en altèrent notablement la composition.

II

Quoi qu'il en soit de ces données pathogéniques, que nous avons rapportées en détail à cause de leur intérêt et parce que la question semble entrer dans une voie nouvelle, la THÉRAPEUTIQUE de l'éclampsie est très efficace : elle se compose d'un certain nombre de pratiques, dont les unes, nées de l'empirisme, ont été consacrées par l'expérience, dont les autres, suscitées par les conceptions différentes qu'on s'est fait de l'éclampsie suivant les époques, ont été conservées en raison de leur efficacité.

Nous avons vu que le régime lacté appliqué à l'albuminurie gravidique constitue un véritable traitement préventif de l'éclampsie ; il est donc d'une importance capitale (*nous le répétons à dessein*) *d'examiner systématiquement les urines de toutes les femmes enceintes, pendant les derniers mois de la grossesse*, pour dépister rapidement l'albuminurie et la traiter en conséquence.

Lorsque l'éclampsie est imminente (elle existerait même à cette époque d'après Bouffe), par suite d'une insuffisance de traitement ou parce que le traitement n'a pas eu le temps d'être institué, il faut tout faire pour empêcher les accès convulsifs. En dehors des précautions hygiéniques que nous avons déjà indiquées (repos complet au lit dans une chambre chauffée, enveloppement avec de la flanelle, etc.), il faut donner le chloral en potion ou en lavement à la dose de 4, 6, 8 et 10 gr. en 24 heures, administrer en même temps des purgatifs, faire de l'antisepsie intestinale, et, bien entendu, prescrire le régime lacté absolu.

La saignée est ici discutable ; si presque tous les accoucheurs l'abandonnent aujourd'hui dans le traitement de l'éclampsie avérée, quelques-uns la conseillent encore au cours de la grossesse chez des femmes pléthoriques. Le traitement par le chloral pendant la période prodromique, empêche certainement, dans certains cas, l'éclampsie d'apparaître et permet au régime lacté d'exercer son action salutaire. Notre ami le Dr F. Dubost rapporte à cet égard des observations démonstratives recueillies dans le service du professeur Pinard.

Conduite à tenir au moment de l'accès. — Lorsqu'on redoute l'éclampsie chez une femme enceinte ou une parturiente, il faut faire préparer du *chloroforme anesthésique* et s'en servir dès le début de l'accès. On maintient, tant bien que mal, ou on fait maintenir la femme au moment de l'accès ; en même temps on verse du chloroforme sur un mouchoir et on le fait inhaler à la femme, jusqu'à ce que la respiration soit complètement rétablie et la cyanose dissipée.

Une précaution importante à prendre dès que l'accès éclate, c'est de veiller à ce que la langue ne soit pas mordue, serrée entre les arcades dentaires : le procédé le meilleur consiste à insinuer le bord d'une compresse ou d'un mouchoir entre les arcades dentaires, à appuyer sur la langue de manière à en immobiliser la pointe derrière l'arcade dentaire inférieure. Ce procédé vaut mieux que de faire écarter les deux arcades dentaires à l'aide d'un bouchon taillé en coin ; outre que cette manœuvre n'est point facile, qu'elle expose l'opérateur à la morsure des doigts, elle est souvent inefficace, voire même dangereuse, le bouchon pouvant être sectionné par les dents et ses débris tomber au niveau de l'orifice supérieur des voies aériennes.

Conduite à tenir dans l'intervalle des accès. — L'accès est passé ; s'il a été violent, si l'on redoute l'apparition d'un nouvel accès, ou si la malade est agitée, se débat dans son lit, on continue le chloroforme jusqu'à ce que la femme soit calme ; et dès que le moindre phénomène d'agitation apparaît pouvant faire craindre un nouvel accès, on recommence les inhalations.

De plus, on administre le *chloral* en lavements avec une seringue et une petite sonde en caoutchouc rouge que l'on charge du mélange suivant :

Hydrate de chloral.......	2 ou 4 gr.
Lait....................	120 gr.
Jaune d'œuf.............	nº 1

Dans la pratique, on peut faire cette préparation soi-même en ayant une solution mère d'hydrate de chloral à 10 gr. pour 100 gr. : le lait a pour but d'empêcher l'action irritante du médicament sur l'intestin ; le jaune d'œuf rend le lavement plus consistant. Il arrive que la malade rende le lavement en totalité ou en partie ; il ne faut donc pas se contenter d'administrer le lavement, mais surveiller la femme, et, s'il est nécessaire, lui administrer un nouveau lavement chloralique. On peut ainsi administrer 8, 10, 12 et 16 gr. par vingt-quatre heures, suivant la gravité de la maladie, suivant la fréquence et l'intensité des accès. Lorsque la femme reprend connaissance après l'accès, lorsqu'elle demande à boire, on peut essayer de lui faire prendre le chloral en potion ou même à l'aide d'une sonde. L'éclamptique doit être surveillée constamment; il faut qu'auprès d'elle reste en permanence une personne qui la maintienne au moment des accès et, s'il est possible, une personne qui puisse lui porter secours, empêcher la langue d'être mordue, etc.

Beaucoup d'autres médications ont été employées : la *saignée*, ou plutôt les saignées répétées, ont été en grand honneur ; elles ne sont plus guère usitées que chez les femmes fortes, pléthoriques. Les opiacés sont très usités en Allemagne et en Angleterre, où l'on traite les éclamptiques par les injections de morphine répétées. La raison physiologique qui les fait rejeter en France, c'est que les opiacés amènent de la congestion des centres nerveux ou augmentent celle qui existe déjà ; les antispasmodiques semblent plus inoffensifs.

Une méthode qui a donné de bons résultats consiste à administrer des bains tièdes prolongés : ils ont l'avantage de faire fonctionner la peau et d'activer la sécrétion urinaire (P. Bar) ; mais leur usage doit être surveillé et n'est possible qu'autant que les accès sont très éloignés les uns des autres.

Le seigle ergoté doit être proscrit, de même que les vésicatoires et les sinapismes.

Lorsque l'éclampsie survient pendant la grossesse sans s'accompagner de contractions utérines, faut-il provoquer le travail prématurément ?—Non, parce que le travail, qui va durer un certain temps, ne peut qu'accroître la fréquence et l'intensité des accès. Mieux vaut laisser passer l'orage, c'est-à-dire faire une médication calmante pour modérer les accès ; on voit ainsi des femmes qui, éclamptiques pendant la grossesse, soumises au

régime lacté, peuvent accoucher plus tard sans avoir de nouveaux accès. Lorsqu'au contraire l'éclampsie survient chez une femme dont l'albuminurie intense a résisté au régime lacté, qui présente des symptômes inquiétants du côté des yeux ou des troubles cérébraux, il n'y a aucune hésitation à provoquer l'accouchement.

Nous avons observé récemment une femme particulièrement instructive à cet égard : fille d'un père diabétique et d'une mère morte albuminurique, cette femme présenta, il y a trois ou quatre ans, des accès d'éclampsie grave au cours d'une première grossesse. L'enfant succomba. Redevenue enceinte au commencement de cette année, elle ne tarda pas à présenter une albuminurie qui devint assez intense vers le sixième mois de la grossesse ; soumise à nouveau au régime lacté, son albuminurie persista et même augmenta. Je fus consulté par le confrère ami qui la soignait au point de vue de l'indication de l'accouchement prématuré ; la femme étant enceinte de 8 mois, l'albuminurie résistant au régime lacté, je fus d'avis *à priori* qu'il y avait intérêt pour la mère et pour l'enfant à provoquer l'accouchement. Nous primes rendez-vous pour examiner cette femme un dimanche et pour aviser ensuite ; mais le vendredi précédent je fus appelé en toute hâte auprès de cette femme qui, brusquement, avait été prise d'éclampsie. Elle avait eu trois accès avant mon arrivée ; en l'examinant sous le chloroforme, je vis que l'utérus, remontant à peine au-dessus de l'ombilic, ne contenait qu'un fœtus peu volumineux et qui n'aurait guère chance de vie. Toutefois, comme ce fœtus était vivant, comme le régime lacté avait été impuissant à prévenir l'éclampsie, je n'hésitai pas à provoquer l'accouchement. Séance tenante, j'introduisis, à 9 heures du matin, un ballon Champetier qui, à 5 heures du soir, me donnait une dilatation suffisante pour extraire un fœtus de 1,200 gr. qui fit une ou deux inspirations, mais que j'essayai à peine de ranimer en raison de sa maigreur et de son état de faiblesse congénitale. La femme eut encore un accès léger vers 8 heures du soir et guérit parfaitement. Au bout de 8 jours son urine contenait à peine d'albumine. Les événements m'avaient bien servi ; car, si l'éclampsie n'était pas survenue le vendredi, si j'avais pratiqué l'accouchement *quelques* jours plus tard après la consultation du dimanche, on m'eût attribué et les accès d'éclampsie et la mort de l'enfant. J'ai rapporté ce fait avec quelques détails en raison de sa rareté ; il fournissait une indication formelle à l'accouchement provoqué.

Lorsque *la femme est en travail*, il y a intérêt à hâter le plus possible la terminaison de l'accouchement ; d'un autre côté cependant il est mauvais de tourmenter la femme, de la toucher fréquemment, d'essayer de faire la dilatation avec les doigts, etc. Si l'enfant est vivant, on fait des injections chaudes avec de l'eau naphtolée ou de l'eau boriquée ; dans certains cas où le travail traîne par trop en longueur, on peut avoir recours, suivant que la tête est ou non engagée, à l'écarteur de Tarnier ou au ballon de Champetier de Ribes. — Lorsque l'enfant est mort, on pratique la crâniotomie pour que la tête ainsi réduite puisse progresser et venir appuyer plus fortement sur l'orifice utérin pour le dilater. Dans la majorité des cas il est préférable d'attendre sans intervenir la dilatation complète, en usant du chloral et du chloroforme ; dès que la dilatation est complète, on termine par une application de forceps ou par la version, lorsqu'elle est indiquée. Ces opérations doivent être faites lentement, de manière à ne point trop léser les parties molles qui se laissent si facilement déchirer chez les albuminuriques, ou non éclamptiques.

Après l'expulsion du fœtus, on fait une irrigation chaude et on cherche à hâter la délivrance en ayant recours à l'expression utérine ou, s'il est besoin, à la délivrance artificielle.

Cette thérapeutique, que nous avons vu employer par Pinard depuis plusieurs années tant à Lariboisière qu'à la clinique Baudelocque, donne d'excellents résultats, puisque, sur 74 cas d'éclampsie, il n'y a eu que 7 décès réellement imputables à l'éclampsie ; ce qui donne une moyenne de 9,4 pour 100 de mortalité (thèse de Dubost).

Lorsque l'utérus est ainsi complètement débarrassé, l'éclampsie est beaucoup moins à redouter ; il est cependant nécessaire de surveiller la femme de près, de la maintenir dans une atmosphère suffisamment chaude et d'exiger un silence complet autour d'elle, en même temps qu'on la maintient sous l'influence du chloral et qu'on reprend le chloroforme dès qu'il y a menace d'accès ou qu'il se produit un accès réel.

Après l'accouchement, l'éclamptique peut rester dans le coma, avec une respiration stertoreuse et un état général inquiétant ; il existe presque toujours une complication viscérale. La thérapeutique se borne alors à des soins hygiéniques — et à suivre les indications qui sont fournies par l'état général de la malade. — Lorsque la femme reprend peu à peu ses sens, on la soumet au régime lacté, on lui administre des purgatifs drastiques, etc.

Lorsque la femme meurt *sans être accouchée*, si la dilatation est suffisante, on extrait l'enfant par les voies naturelles ; pour peu que cette extraction présente quelque difficulté et que l'enfant soit vivant, on pratique l'opération césarienne.

Dr. G. LEPAGE.

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques recherches sur la fièvre palustre,

Par le Dr MORET (de Marengo), département d'Alger.

(*Suite et fin*).

III

Du traitement de la Malaria.

Ce traitement peut à la rigueur se résumer dans un seul mot : quinine.

Après tant d'autres, je proclame que la quinine est bien le médicament par excellence de la malaria. Dans les accès nettement intermittents ou les fièvres continues du mois d'août non compliquées son effet est radical et il ne doit pas y avoir d'insuccès avec une application méthodique. Mais il s'en faut que l'application soit toujours méthodique.

J'ai trouvé dans ce pays une prévention considérable contre la quinine, une tradition solidement établie. La prévention amenait naturellement les résultats suivants : pas ou peu de quinine.

La tradition exigeait d'ailleurs impérieusement des gens assez osés pour prendre la quinine une *préparation* faute de laquelle on aurait craint les plus grands malheurs. Cette prépara-

tion consistait en un *bon* vomitif, une *bonne* purge préalable..... Conséquence : deux jours de retard, deux accès de fièvre au moins. Après quoi, l'organisme délabré, mais la conscience tranquille, le malade s'administrait n'importe quand, au petit bonheur, une petite quantité de quinine dans du café noir, pour masquer l'amertume.

Comment cette tradition s'était-elle établie? C'était un peu, je crois, la faute de tout le monde, et elle n'était celle de personne. En tout cas, les résultats étaient désastreux.

Dans l'esprit du public, le *bon* vomitif et la *bonne* purge n'ont probablement d'autre but que de préparer dignement la communion de la quinine et de l'estomac, si vous aimez mieux, d'assurer la digestion du médicament. Or dans cet estomac, en réalité plus fatigué de beaucoup que le premier jour on mettait du tannate de quinine quasi insoluble. O logique humaine !

J'ai travaillé, naturellement au grand détriment de ma réputation, à faire triompher des principes opposés.

Donner le plus tôt possible, sans perdre de temps, de la quinine soluble pouvant passer à travers un estomac même malade, tel a été mon objectif.

J'ai adopté pour y parvenir la formule suivante :

Capsules ou cachet contenant : Chlorhydrate de quinine, 0 gr. 25 ; Antipyrine 0,125. Cette quantité d'antipyrine assure assez bien la dissolution du chlorhydrate. En outre, je joins assez souvent presque toujours, Brucine ou Strychnine en quantité suffisante.

Très souvent, je suis obligé d'avoir recours à l'injection de bi-chlorhydrate de quinine, l'ultima ration.

En général, les doses de quinine usitées en ce pays sont trop faibles. Les terreurs d'un autre âge ne doivent plus hanter les cerveaux des gens qui ont chargé de vies dans les pays palustres. Il faut hardiment donner la quinine aux enfants et même aux femmes enceintes. J'attends toujours, depuis dix ans le premier cas d'avortement authentique dû à la quinine. Mais chaque année je vois s'augmenter de quelques unités la liste des femmes, jeunes et vigoureuses, mortes de fièvre, faute de quinine, après avoir expulsé un fœtus mort, ou même emportant leur fardeau dans la tombe.

Y a-t-il un chiffre qu'on puisse fixer pour la quinine? C'est délicat. Il faut aller *jusqu'à effet*. La malignité de l'épidémie, l'état de l'atmosphère, l'état de l'individu qui exige une dose en proportion de sa faiblesse acquise, sont à considérer.

Enfin, il faut donner à des *heures de choix*. Ma conviction est fortement établie sur ce point. En adoptant comme moyenne *la sixième heure avant l'accès*, on a toute chance de prévenir des accès. En donnant (si on peut) au début de l'accès, on agit peut-être sur cet accès en cours, mais plus sûrement sur le suivant. Dans la continue du mois d'août, la quinine est toujours utile. Les deux ou trois premiers accès ayant manqué, j'ai adopté l'habitude de faire prendre ensuite de la quinine *tous les six jours*, (quand je trouve des gens assez dociles et assez attentifs à leur santé). Que la fièvre soit quotidienne, tierce, ou quarte, les sixième, douzième jours après le dernier accès sont effectivement des jours de retour apparent ou latent.

J'arrive maintenant au *traitement palliatif de l'accès* :

Comme boisson de l'eau fraîche additionnée ou non de citrate de magnésie contre les nausées et les vomissements.

De la morphine ou de la codéine contre les douleurs abdominales, parfois très vives.

Une compresse d'eau et de la ventilation sur le front.

De la strychnine contre la dépression nerveuse.

De l'aconitine, de l'antipyrine contre l'hyperthermie.

De la caféine en injections pour prévenir les défaillances imminentes du cœur.

C'est à peu près là tout mon traitement, et dans presque tous les cas cela suffit.

Je ne veux m'arrêter que sur l'antipyrine.

Elle est rarement inefficace. Ou bien elle amène avec les sueurs la fin de l'accès, ou bien elle procure une rémission de deux heures au moins. Enfin, chez les enfants, elle calme les convulsions comme par enchantement. Il n'en fallait pas tant pour lui assurer de la vogue. On en fait un abus véritable. — « Elle est plus forte que la quinine », medit-on, « que *votre* quinine ». — Et néanmoins, je dois à la vérité de dire que je n'ai jamais constaté d'inconvénient marqué à cet emploi abusif.

Dans les formes larvées j'ai remarqué avec assez d'étonnement que la dose de quinine devait être élevée au taux ordinaire.

Dans les compliquées la complication doit être traitée parallèlement. Dans les fièvres de digestion tierces, dans tous les cas de congestion hépatique, il faut scrupuleusement observer les règles indiquées par le professeur Bouchard et que M. Le Gendre a exposées dans le *Concours*.

Enfin, pour finir, une constatation : La fièvre latente ou à accès peut guérir et guérit souvent sans quinine, mais alors non sans peine. Le grand air et l'eau fraîche font la base du vieux traitement des Arabes. De même le grand air, les courses en voiture sont un préventif des plus certains contre la fièvre.

II

Pathogénie de la Malaria.

Et maintenant je vais me risquer à exposer ma petite théorie pathogénique personnelle de la malaria ; elle n'est d'ailleurs que l'application à la malaria des théories microbiennes les plus récentes. J'assimile délibérément l'hématozoaire de Laveran à un microbe. Cet hématozoaire, d'abord petit, qui grandit, prend des flagella, et s'étoile pour se diviser, me fait l'effet d'avoir une vie décomposable en trois périodes ; 1° Période embryonnaire ; 2° adulte ou d'activité ; 3° terminale ou de reproduction.

Que tous les habitants des pays palustres soient en possession de cet hématozoaire, je l'admets pleinement.

Son action, ai-je dit, est multiple : parfois nulle complètement ; d'autres fois insidieuse et amenant trop souvent alors la cachexie ; d'autres fois bruyante et déterminant alors des accès intermittents ou continus, toujours avec la cachexie en perspective si l'on n'y prend garde.

L'organisme peut donc : 1° être réfractaire complètement ; 2° ne succomber que lentement après une résistance soutenue ; 3° ou bien laisser à un moment donné le champ libre pour la fabrication des toxines, sauf à reprendre le dessus d'une façon plus ou moins complète, ou bien nettement intermittente.

En d'autres termes, l'organisme est susceptible d'une immunité complète, d'une immunité incomplète, mais permanente, d'une immunité intermittente.

Les procédés de lutte de l'organisme ont tout l'air d'être les procédés ordinaires, y compris la phagocytose.

Les tissus hématopoïétiques,en tout cas,attirent ici l'attention aux premiers signes de lutte. Que sont,en effet,le gonflement douloureux de la rate, les douleurs des jambes, des reins, le cercle qui étreint la tête, sinon les signes qu'il y a lutte dans la pulpe splénique et la moelle des os ? Il est possible que, le courant sanguin y étant ralenti, les hématozaires y séjournent de préférence, mais il est naturel aussi de penser que par le voisinage même les phagocytes y naissent en foule.

Quoi qu'il en soit, à la suite de cette lutte, il s'établit nettement un état microbicide.

Si cet état microbicide n'est pas interrompu, c'est l'immunité permanente complète ou incomplète.

S'il est interrompu, c'est la fièvre. Les hématozoaires passent immédiatement de la période embryonnaire (où les maintenait pour la plus grande part l'état microbicide) à la période d'activité maxima, il se fabrique de la pyrétogénine en abondance. Le système nerveux, au moment où l'élimination en devient insuffisante, s'abandonne à cette révolte, ou, si l'on veut, à cet aveu de faiblesse qui s'appelle le frisson. Puis s'établit la fièvre, ce symptôme que je ne me résigne pas à considérer comme favorable, à l'exemple d'une certaine école, car il a trop l'air de s'accompagner d'un véritable état d'inhibition des émonctoires. Enfin, la crise éliminatrice s'établit par la peau et aussi les reins. L'état microbicide est de nouveau constitué pour un temps, (malgré la fièvre et non pas à cause de la fièvre).

La règle de succession des périodes pyrétiques et apyrétiques qui se succèdent ensuite, doit se chercher non dans les mœurs de l'hématozoaire, mais dans les habitudes de notre propre organisme.

Notre vie se décompose en effet en périodes de 24 heures, coupées elles-mêmes en 2 sous-périodes, une diurne, une nocturne, et le retour offensif de l'hématozoaire se comptant par 2, 3 périodes,et plus, de 24 heures, ou bien seulement 1, 1/2 période, il est clair que ce retour est dépendant des lois de notre propre existence.

L'heure de prédilection de sa première attaque bruyante est,on le sait,2 heures du matin. Est-ce là *une heure qui permette de* mettre l'hématozoaire loin des microbes à fièvre vespérale ? Point du tout, à mon avis. On estime,en effet, à 6 heures au moins le temps moyen que met l'hématozoaire à atteindre la période de frisson. L'état microbicide cesse donc, dans ces cas, vers 8 heures du soir, c'est-à-dire à l'heure des fièvres vespérobiennes ordinaires.

Plus tard,la lutte ayant des tendances à devenir inégale, il y a avance ou retard. Or, on sait la tendance qu'ont les changements introduits dans notre existence à se reproduire ultérieurement. Les avances ou les retards acquis, s'ajoutant à l'avance ou au retard du jour,il s'ensuit que l'heure de la fièvre peut devenir quelconque. Encore faut-il, à cette cause normale de changement, ajouter des ruptures fortuites de l'état microbicide par une cause quelconque, froid ou chaud, indigestion, émotion,etc.

Parfois la difficulté des digestions fixe vers midi ou aux heures suivantes le retour de la fièvre. Il y a souvent de ce chef ces combinaisons (dont j'ai parlé) des fièvres de digestion proprement dites et de la fièvre intermittente vraie.

De même que les avances ou les retards, le nombre de périodes de 24 heures qui séparent les débuts de deux accès est dû aux forces respectives de l'organisme et du parasite. Deux périodes constituent le chiffre normal. Pendant le mois d'août la virulence augmente, le cycle de la fièvre ne comprend plus qu'une période, une demi-période. Bientôt la fièvre devient continue. Les parasites n'ont plus de repos à la période embryonnaire et évoluent rapidement. En revanche, la quinine, à toutes les périodes de cette fièvre, les tue non moins rapidement et amène sûrement la fin de l'accès après quelques heures. Plus tard, l'organisme se fatigue, il est vrai, mais la température atmosphérique cesse d'exalter la virulence du parasite. Puis, son séjour prolongé dans un même milieu appauvri contribue encore à abaisser le taux de cette virulence,si bien que la fièvre prend le type quarte ou les types supérieurs.

Quant à la cachexie, son mécanisme consiste surtout dans la destruction des globules rouges et dans l'insuffisance hépatique, à la fois cause et effet du mal.

Un seul mot des *fièvres larvées et compliquées*. Toutes deux sont dues à la rupture de l'état microbicide particulier par une cause intercurrente. Cette rupture paraîtrait localisée dans la fièvre larvée (ex. la névralgie périodique). Elle se généralise dans la compliquée, et la fièvre proprement dite éclate. Le type redoutable par excellence de nos compliquées est la *cholériforme*. Plus redoutable encore, mais beaucoup plus rare, est la forme *bilieuse grave*, correspondant à l'ictère grave des autres pays.

Pour moi, naturellement, la plupart des pernicieuses sont des compliquées. La *convulsive* et la *comateuse* doivent cependant être placées à part : elles représentent des phases ultimes de fièvres pouvant ne reconnaître comme cause que le seul hématozoaire. Au moins c'est ce que j'ai observé ici.

Conclusions.

En résumé, plus j'approfondis la fièvre malarique, moins j'ai tendance à lui reconnaître le caractère protéiforme qu'on veut lui prêter. Le parasite de Laveran tend toujours à évoluer dans le même sens et de la même façon. La variabilité des symptômes observés est dû à l'état microbicide de l'organisme, variable lui-même de la perfection à 0, et pouvant être diminué ou supprimé par une foule de causes diverses, de maladies intercurrentes, au premier rang desquelles il faut placer les maladies intestinales.

Je propose donc de ranger à part toute la nombreuse catégorie des rémittentes, des cholériformes comme étant des maladies où dominent les microbes intestinaux et de ne retenir comme continue malarique vraie, que la continue du mois d'août où l'effet radical de la quinine indique suffisamment la prédominance de l'hématozoaire.

D'une façon générale, je suis d'avis que, dans tous ces cas, l'intestin doit être surveillé à part, et minutieusement, et que là où on n'a pas à craindre d'association microbienne dangereuse, on doit toujours avoir en vue au moins la possibilité d'une insuffisance fonctionnelle du foie.

Pour combattre l'hématozoaire, il découle de tout ce que je viens de dire qu'il faut, par une hygiène bien entendue, surtout par l'hygiène alimentaire, chercher à maintenir l'état microbicide. Un exercice modéré, la vie au grand air, une eau pure sont souvent des précautions suffisantes.

Si, malgré tout, l'état microbicide faiblit, il faut avoir recours au médicament parasiticide par excellence, la *quinine*, aidé des toniques, au premier rang desquels il faut placer la strychnine.

La pathogénie explique suffisamment le rôle de la quinine. Donnée 6 heures avant le frisson, elle rencontre l'hématozoaire dans le courant sanguin au début de sa période d'activité et le tue... d'où guérison. Donnée seulement au début, elle le tue encore, d'où suppression seulement de la période de reproduction et avortement plus ou moins sûr de l'accès suivant. Dans la continue, très fréquente aujourd'hui, elle agit à toute heure de la fièvre, puisqu'elle rencontre toujours les hématozoaires en état d'activité. Son action demande alors environ six à huit heures pour s'affirmer.

La proportion de quinine nécessaire que doit contenir le torrent circulatoire pour que se manifestent les effets parasiticides est variable suivant la virulence de l'hématozoaire et la tendance à l'état microbicide.

Mais il faut que, sous peine d'échec, cette proportion atteigne une certaine limite minima. Dans les larvées, quoique le théâtre de la lutte soit local (dans un nerf par exemple), il faut donc une dose ordinaire. D'une façon générale, on ne donne pas assez de quinine et j'estime qu'on pourrait sans inconvénient augmenter les doses.

Si l'état malarique est latent, les périodes d'activité du parasite ne sont pas ressenties. Je proposerais alors de donner la quinine 6 heures avant l'heure normale de la fièvre, c'est-à-dire à 8 heures du soir, heure où faiblit d'habitude l'état microbicide. Pour la même raison, il faudrait prendre la quinine à toute fois que survient une cause quelconque d'affaiblissement de l'organisme.

L'activité du parasite étant moindre dans ces états latents, les facultés d'absorption de l'organisme doivent être moindres également, d'où encore la nécessité d'élever la dose de quinine.

S'il m'était permis de résumer, au point de vue pathogénique, le traitement palliatif de la fièvre, je le ferais volontiers en deux mots : *Toniques calmants* et *éliminateurs*, telles sont les épithètes que je donne à toute la série des médicaments employés.

1° *Pour calmer la fièvre* : Strychnine, aconitine, antipyrine (et congénères), bains froids.

Pour calmer la céphalalgie : Aconitine, antipyrine, K Br, froid glacial.

Pour calmer les vomissements et les douleurs gastriques : Codéine, morphine (oxalate de cerium), eau fraîche avec citrate de magnésie.

2° *Pour éliminer la pyrétogénine par la peau* : Antipyrine, aconitine, pilocarpine.

Pour éliminer la pyrétogénine par les reins : K Br, caféine, bains froids.

Pour éliminer la pyrétogénine par l'intestin : Citrate de magnésie, etc.

J'ai peine à accepter le jugement de M. A. Robin sur l'antipyrine : « Il faut activer la combustion des toxines, dit-il, et l'antipyrine la ralentit. » Le rôle de l'antipyrine n'est certes pas là, et, comme nous l'avons dit, c'est aux Arabes qu'il faut demander ici un avis salutaire sur la dite combustion. Leur réponse est caractéristique : *Air pur* et *eau pure* (1). Mais, l'antipyrine, calmant la fièvre et provoquant la crise éliminatrice par la peau, ne saurait contrarier ces deux agents précieux, au contraire.

Que dirai-je de l'arsenic ? Que au fur et à mesure que je parviens à mieux faire employer la quinine, j'use moins de ses services. J'étudie curieusement *l'iode* qui seul permet d'avoir raison de ces rates formidables. Mais ce sera pour plus tard.

(1) Les chambres non aérées ne permettent pas la guérison. C'est là une chose que j'ai constatée cent fois. Les malheureux restent là sans urine, couverts d'une sueur gluante et en proie à une dyspnée continue.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Affranchissement des notes d'honoraires à 5 centimes.

M. le Dr Mazel, d'Anduze (Gard), avait adressé par la poste ses notes d'honoraires ainsi libellées :

M. X...
cultivateur à D.

Doit pour soins médicaux

donnés à sa famille
la somme de *francs*

Février 1891,	1 visite à son fils	le 2, à...	10 fr.
—	1 —	le 3, à...	10 fr.
—	1 —	le 5, à...	10 fr.
Mars 1891,	1 consult. au père	le 22, à...	2 fr.
Avril —	1 —	le 5, à...	2 fr.

et le receveur, mal informé, lui avait refusé l'affranchissement à 5 centimes, malgré la production du numéro du *Concours* qui établissait le droit d'affranchir à prix réduit. Nous avons fait le nécessaire et notre confrère a reçu la confirmation de son droit :

Ministère du commerce de l'Industrie et des Colonies
—
DIRECTION GÉNÉRALE DES POSTES ET TÉLÉGRAPHES
Exploitation postale
—
4e Bureau
—
TARIFS
franchises et colis-postaux
N° 344
NOTES D'HONORAIRES

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 3 sept. 1891.

Monsieur,

Le modèle de notes d'honoraires que vous m'avez communiqué, remplit les conditions requises pour pouvoir circuler au prix de 5 c. par 50 gr.

J'adresse en conséquence des instructions au Bureau d'Anduze pour faire cesser toute difficulté relativement à l'affranchissement à prix réduit de semblables notes.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Pour le Directeur général des postes et télégraphes,

Pour l'administrateur,
Signature illisible.

REPORTAGE MÉDICAL

Les journaux de médecine. — Le ministère de l'intérieur nous apprend qu'il se publie, *à Paris seulement*, à l'heure actuelle, 145 journaux de médecine, de chirurgie et huit de pharmacie et droguerie.

Paris, d'autre part, ne possède que 161 journaux politiques. C'est en raison inverse des lecteurs possibles. Ceux-ci ont des millions de lecteurs ; les premiers 12 à 15 mille. Pourquoi donc cette pullulation ? Le médecin est un lecteur précieux et choyé ; aussi parle-t-on de le doter bientôt d'un journal médical quotidien. Que pourra-t-il bien dire chaque jour, à ce lecteur qui reçoit déjà 145 journaux souvent gratuits? Heureux médecin, pourtant peu pourvu des loisirs des lecteurs de journaux politiques !

Conseils généraux. — M. le Dr Villard a été élu dimanche conseiller général de la Creuse.

Médecins députés. — M. le Dr Denoix, conseiller général de la Dordogne, a été élu dimanche dernier député de la 1re circonscription de Sarlat.

Procédé facile pour la conservation des plumes d'acier. — On a employé diverses méthodes pour garantir les plumes métalliques de la corrosion par les encres à base de tannin ; les essuie-plumes, le lavage à l'eau, la grenaille de plomb fine et humectée, etc. ; mais ces moyens sont peu efficaces. On a proposé, à cet effet, l'emploi de la pomme de terre dans laquelle on pique la plume après chaque emploi. Le suc alcalin de ce tubercule neutraliserait l'acidité de l'encre à la plume et assurerait une conservation plus sûre et plus durable que par les autres procédés.

FORMULAIRE DU « CONCOURS MÉDICAL »

Traitement de l'asthme vrai.

A. Au moment de l'*accès*, si la dyspnée est extrême, après s'être assuré qu'il n'y a pas d'albumine dans l'urine, faire une *injection de morphine* d'un demi ou d'un centigramme.

Ou bien faire prendre la potion suivante :

Teinture de lobelia......	3 grammes
Sirop de morphine.......	30 —
Eau chloroformée saturée }	
Eau de tilleul........... }	àà 60 —

Déposer dans une soucoupe quelques gouttes de *pyridine* pour inhalations.

S'il y a des râles bullaires fins de congestion, appliquer de larges cataplasmes sinapisés sur le thorax ou de nombreuse ventouses sèches.

B. Le lendemain, instituer la médication suivante :

Bicarbonate de soude..... 1 gr. 50
une heure avant les repas.

Iodure de potassium...... 2 gr. pro die.

Quand l'attaque est passée, si l'on est dans une ville où existe un établissement d'aérothérapie, faire suivre une cure de bains d'air comprimé.

On aura, bien entendu, *éliminé* par un examen attentif *toutes les causes d'asthme symptomatique* d'une affection nasale (polype, rhinite hypertrophique), stomacale, rénale, etc.

P. L. G.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le Dr Pasquet Labrouc, de Charroux (Vienne), membre du Concours médical.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Viennent de paraître :

Physiologie normale et pathologie du nerf pneumogastrique, diabète, albuminuries névropathiques, asthme, névropathie cérébro-cardiaque, in-8° de 220 pages, avec figures par les docteurs G. Arthaud et L. Butte. — Prix : 6 francs, net 4 fr. 80 pour MM. les membres du Concours médical.

Les auteurs concluent ainsi : « La clinique a confirmé les données fournies par l'expérimentation et nos recherches de physiologie pathologique ne laissent aucun doute sur le rôle considérable que doivent jouer les altérations du *vague* dans la pathogénie d'un grand nombre de maladies. »

RECETTES PHOTOGRAPHIQUES

Sous ce titre, M. Abel Buguet à réuni **300** *procédés, formules, recettes, tours de main,* d'un usage constant dans le laboratoire du photographe.

C'est la première fois que ces renseignements sont groupés en si grand nombre, méthodiquement, et formulés en un type simple et uniforme qui facilite les recherches et permet la comparaison des préparations similaires.

Il n'est guère d'ouvrage qui s'impose aussi complètement au *praticien,* maître de son art, mais trop souvent arrêté dans ses travaux par la recherche, au travers de revues où elles sont perdues, d'une formule, d'une recette qu'il faut employer séance tenante.

C'est comme le *catéchisme* du photographe de profession à qui il gagnera un temps précieux.

Envoi franco au reçu du prix en mandat-poste. Broché : 2 fr. ; Relié : 2 fr. 50.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

La tuberculine pure.

(*Nouvelle communication de M. Koch.*)

On pouvait croire que la tuberculine était enterrée et qu'on n'en entendrait plus parler, du moins au point de vue thérapeutique. Récemment, le gouvernement russe en interdisait l'emploi dans les hôpitaux militaires de l'empire.

Mais le tenace savant berlinois poursuivait ses recherches expérimentales pour tâcher d'améliorer la qualité de son produit ; il s'est efforcé d'isoler le principe vraiment actif de sa lymphe ; il est arrivé par une série d'opérations chimiques, dans le détail desquels nos lecteurs ne trouveraient aucun intérêt, à obtenir une substance qui est 50 fois plus active chez les animaux et 40 fois plus chez l'homme que la solution de tuberculine dans la glycérine, dont on n'avait pourtant pas lieu de critiquer les propriétés... toxiques, — sinon curatives. Malheureusement, il n'est pas dit que ce poison, de plus en plus énergique, soit devenu plus efficace contre la tuberculose.

Plusieurs savants de l'entourage de Koch ont eu le courage de faire sur eux-mêmes l'essai de la tuberculine perfectionnée : ce sont MM. Kitasato, Guttmann, Maass et Wassermann. Ce dernier, « robuste et ne présentant aucun signe de tuberculose », paraît avoir été très malade après avoir reçu 4 milligr. de tuberculine purifiée. « Sa température était à 40°2, son pouls était à 140, petit et irrégulier, si bien que des excitants alcooliques furent jugés nécessaires. » Ainsi s'exprime le maître, puis il ajoute que c'est peut-être la faute du patient, qui a fait une promenade intempestive en voiture pendant l'expérience, à moins qu'il ne soit tuberculeux malgré son air robuste.

Quant aux malades de l'hôpital Moabit, ces heureux mortels sont traités alternativement et comparativement depuis plusieurs mois tantôt avec la tuberculine brute, et tantôt avec la tuberculine purifiée, et Koch conclut brièvement que la pure ne diffère pas notablement de la brute dans son action ; il ne souffle plus mot d'aucune guérison.

Bacille d'Eberth et bacillus côli.

Nous disions que MM. Chantemesse et Widal n'ont pas été longtemps sans être attaqués de nouveau par leurs adversaires ; cette fois ils sont pris entre deux feux. MM. Rodet et Roux (de Lyon) ont riposté devant l'Académie de médecine, pendant que M. Dubief les attaquait à la Société de biologie.

Les premiers n'attachent pas d'importance à ce que le bacille d'Eberth ne fasse pas fermenter le sucre ; il peut avoir perdu cette propriété qu'il pouvait avoir à l'état de bacillus communis côli ; d'ailleurs, ils invoquent l'opinion de Malvoz, qui dit n'avoir pas vu le côli communis faire fermenter le sucre.

Par contre, M. Dubief a trouvé que tous les deux font fermenter la glycose ; seulement, la fermentation, sous l'influence du côli communis, est deux fois plus active que celle que provoque le bacille d'Eberth.

Ces divergences entre techniciens ne rendent pas la question plus claire pour le public médical. Mais il faut citer le passage suivant de la communication des bactériologues lyonnais ; car il montre que les contradictions entre ceux-ci et leurs adversaires parisiens ne doivent pas détourner les praticiens et les hygiénistes de continuer à s'assurer que les eaux de boisson ne sont pas contaminées par les infiltrations de matières fécales qu'elles soient ou non issues de typhiques.

« Parmi les arguments de MM. Chantemesse et Widal, celui qui aura peut-être fait sur beaucoup d'esprits le plus d'impression est le reproche « de ressusciter, sous le couvert de la bactériologie, la vieille théorie de Murchison, et de remettre en honneur les anciennes idées médicales sur la spontanéité de la dothiénentérie. »

Or, la « spontanéité morbide » n'a rien à faire

ici. Dans l'ancienne doctrine qu'on nous accuse de ressusciter, le mot « spontanéité morbide » signifiait la création de toutes pièces de la maladie par l'organisme, qui, suivant la frappante expression de M. Chauffard, « serait maître de ses déterminations pathologiques ».

Y a-t-il la moindre analogie entre cette doctrine et notre théorie ? Nous attribuons la fièvre typhoïde à un germe, à un microbe. Cela suffit pour que nous ne la disions pas spontanée.

Avant de présenter notre manière de voir comme rétrograde, il faudrait stigmatiser d'abord la même prétendue spontanéité admise pour d'autres maladies microbiennes dont les germes peuvent être des organismes normaux, et déclarer inadmissible la théorie qui attribue l'angine diphtéritique à un microbe fréquemment présent dans la bouche, en considérant le bacille diphtéritique de Klebs et le pseudo-diphtéritique de Lœffler comme non spécifiquement distincts. Sous peine de contradiction et d'injustice on doit reconnaître qu'il est tout aussi légitime de soupçonner l'identité spécifique du *bacillus coli* et du *bacille d'Eberth* que celle du bacille diphtéritique de Klebs et du bacille pseudo-diphtéritique de Lœffler.

Et que M. Chantemesse ne soit point inquiet au sujet des intérêts de l'hygiène publique ; notre opinion n'a pas et ne peut pas avoir d'effet rétrograde. Le bactériologue parisien condamne une eau lorsqu'elle renferme le bacille d'Eberth ; nous la proscrivons, nous, lorsqu'elle contient tout simplement le bacillus coli, et nous avons la conviction, en agissant ainsi, de préserver plus d'existences qu'il ne le fait en s'en tenant à son opinion stricte. »

Les déterminations cardiaques de la fièvre typhoïde.

L. Galliard (*Arch. génér. de méd.*) étudie, outre les accidents dus aux lésions de l'endocarde, du péricarde, du myocarde et de ses vaisseaux, qu'on peut observer dans la fièvre typhoïde, les troubles cardiaques produits par l'action de la maladie sur les centres de l'innervation cardiaque et sur les conducteurs nerveux : bulbe, moelle, grand sympathique, pneumogastrique, ganglions nerveux intra-cardiaques, dont les effets se font sentir soit directement, soit par l'intermédiaire des modifications qu'ils entraînent dans la tension artérielle. Ces troubles sont légers et bénins en apparence, mais peuvent être le prélude d'accidents graves et même de la mort subite. Ils doivent être combattus par les agents qui relèvent l'énergie du myocarde et la contractilité des artères périphériques en excitant les vaso-moteurs : la digitale à haute dose, la caféine, l'extrait de quinquina, le sulfate de quinine, l'alcool, l'ergot de seigle, la révulsion à l'aide de ventouses et les lotions froides.

Du traitement des coliques hépatiques par l'huile d'olive.

M. le docteur *Willemin* a fait paraître, dans le *Bulletin général de thérapeutique*, un travail sur la valeur de l'huile dans le traitement de la lithiase biliaire :

« Quand il s'agit simplement, dit-il, de prévenir une crise qui paraît imminente, le meilleur moment pour administrer l'huile est le soir, aussi loin que possible des repas, afin de ne point troubler la digestion ; une dose de 50 grammes, répétée plusieurs jours de suite, sera généralement suffisante à empêcher tous les accidents.

Dans le cas où il ne s'agit plus de prévenir, mais de calmer une crise de coliques hépatiques, le procédé employé diffère un peu suivant les médecins. M. le docteur Touâtre l'emploie pure, à la dose de deux grands verres (400 grammes environ) prise en deux fois à un quart d'heure ou une demi-heure d'intervalle. Les médecins américains emploient souvent l'huile d'olive unie à la belladone. M. le docteur Rosenberg la fait prendre à la dose de 150 grammes additionnés de 15 grammes de cognac, de deux jaunes d'œuf et de menthol (25 centigrammes pour 100). M. le docteur Feillé (d'Angers), d'après M. le docteur Millard, donne environ 125 grammes d'huile, cinq à six heures après un léger repas, et le lendemain, il fait prendre au malade 40 grammes d'huile de ricin.

Pour moi, j'ai toujours employé l'huile pure, à la dose d'un seul verre, ne jugeant utile l'emploi d'aucun moyen secondaire pour obtenir au bout de quelques heures un effet purgatif, ou pour prévenir les vomissements. Seulement, pour ne pas laisser aux malades un goût désagréable, je leur fais généralement prendre, avant et après l'huile, une gorgée de cognac ou de liqueur forte qu'ils avalent ou avec laquelle ils se gargarisent simplement.

Malgré la répugnance ou le dégoût que presque tous manifestent pour ce remède, je n'ai jamais vu survenir de vomissements ; j'ai même vu, plusieurs fois, un état nauséeux très pénible cesser tout de suite après l'ingestion de l'huile. C'est à peu près ce que dit M. Chauffard : « Si pénible que puisse sembler à première vue cette médication, elle a presque toujours été bien supportée : peu de nausées, à peine quelquefois des vomituritions peu abondantes. » Mais remarquons que M. Chauffard donnait à ses malades 400 grammes d'huile ; cette dose étant plus que deux fois supérieure à celle que j'ai employée, il est facile de comprendre qu'elle ait été moins facilement supportée.

Aussi, lorsqu'un médecin se trouve en présence d'une crise de coliques hépatiques, fût-elle accompagnée de vomissements, je ne vois aucune raison pour qu'il ne tente pas de l'arrêter d'emblée avec une médication aussi simple et inoffensive qu'un verre d'huile. Il agira sans doute aussi rapidement qu'avec une injection de morphine, et, je le crois, plus sûrement, car la morphine, entre autres inconvénients possibles, tels que vomissements prolongés, ne calme souvent les souffrances que pour peu d'heures, après lesquelles le malade réclame de nouvelles piqûres ; et dans les cas plus favorables où elle arrête définitivement les douleurs, ce n'est bien souvent qu'en plongeant le malade dans un état d'engourdissement et de torpeur compliqué d'un malaise indéfinissable qui peut durer plusieurs heures. Avec l'huile, je n'ai jamais remarqué rien de semblable ; loin de là, j'ai toujours été frappé du bien-être que retrouvaient presque aussitôt les malades, qui semblaient, au bout de quelques minutes, sortir complètement de cet état d'abattement, de stupeur, de concentration en soi-même que causent trop souvent les horribles souffrances de la colique hépatique.

Lorsqu'une crise paraît imminente, l'usage de l'huile à doses fractionnées, mais répétées pendant plusieurs jours, arrivera souvent à la prévenir.

Les calculs biliaires, causes de la colique hépatique, ont été retrouvés assez souvent (15 fois sur 50 cas après l'emploi de l'huile). Grâce à la purgation et à l'effet cholagogue de ce médicament, il est probable que les calculs sont fréquemment entraînés hors des voies biliaires et digestives, et qu'on les retrouverait dans un nombre de cas beaucoup plus grand, si cette recherche était faite avec plus de soin et de persévérance. »

Les œufs en lavements.

On a beaucoup vanté dans ces derniers temps la valeur nutritive des lavements d'eau salée additionnée d'œufs (Bauer, Ewald, Eichhorst, etc.). *A. Huber* a expérimenté la méthode sur quelques malades. On instituait un régime *ferme*, et l'on donnait en supplément des lavements nutritifs. Le dosage de l'azote dans l'urine et les fèces renseignait sur l'absorption de ces lavements. Les résultats furent positifs ; l'absorption se fait mieux quand le lavement contient non seulement les œufs, mais du sel marin. Jamais il n'y eut d'albuminurie. Toutefois, l'auteur a remarqué que les lavements trop salés avaient pu entraîner dans quelques cas des diarrhées profuses. Il recommande un gramme de sel par œuf ; les lavements doivent être portés très haut dans l'intestin par une canule molle appropriée.

Traitement de l'ongle incarné.

M. Purckhauer (de Bamberg) se sert, avec le plus grand succès, dans le traitement de l'ongle incarné, d'un procédé qui offre surtout, sur l'opération radicale telle qu'elle est pratiquée habituellement, le grand avantage de ne pas priver le malade, même pour un seul instant, de sa liberté d'action et de son aptitude au travail.

Il commence par badigeonner la partie de l'ongle qui doit être enlevée, avec une solution de potasse caustique à 40 %. Au bout de quelques secondes, la couche supérieure de l'ongle se ramollit et se laisse enlever « comme du beurre » par le raclage avec un fragment de verre à rebord tranchant, mais seulement avec le verre. On continue les badigeonnages à la potasse et le raclage jusqu'à ce qu'il ne reste plus de cette partie de l'ongle qu'une lame mince comme une feuille de papier qu'on saisit avec une pince pour la soulever par le bord, au-dessus des parties molles tuméfiées qui la recouvrent et l'exciser au moyen de ciseaux fins.

Ceci fait, le malade est guéri, sans avoir perdu une goutte de sang, ni ressenti la moindre douleur, et il peut immédiatement vaquer à ses affaires, car aucun traitement consécutif n'est nécessaire. Et si plus tard, lorsque l'ongle aura repoussé, la douleur réapparaissait, il suffit, pour la supprimer, d'amincir de nouveau et par le même procédé la partie correspondante de l'ongle, sans l'exciser.

(*Bulletin médical.*)

MÉDECINE PRATIQUE

I

Tableau sommaire de l'hystérie (*suite*).

Anesthésie des muqueuses et des organes des sens. — Hyperalgésies.

L'ANESTHÉSIE TACTILE doit être cherchée aussi sur les *muqueuses*.

Celle de la muqueuse *conjonctivale* était regardée par Briquet comme caractéristique ; elle est fréquente en tout cas, mais la cornée conserve sa sensibilité intacte.

On observe aussi l'anesthésie des muqueuses du *pharynx*, de l'*épiglotte* et de l'extrémité supérieure du larynx. Il ne faut pas tomber toutefois dans l'exagération de certains médecins qui tendent à diagnostiquer l'hystérie chez tous les individus auxquels on peut toucher l'épiglotte ou la base de la langue sans provoquer chez eux la nausée. Ce signe existe aussi chez des saturnins, des épileptiques, chez d'autres malades et même chez des individus sains.

La sensibilité tactile, même abolie dans la région antérieure des *fosses nasales* persiste presque toujours sur la cloison osseuse et les cornets.

On constate facilement l'anesthésie de la muqueuse du *conduit auditif externe*, qu'accompagne quelquefois celle du *tympan.*

La sensibilité est souvent abolie sur les muqueuses des *organes génitaux* et de l'*anus* des deux sexes ; le prépuce peut être anesthésique, tandis que le gland a conservé sa sensibilité.

Les malades n'ont généralement pas plus conscience de l'anesthésie des muqueuses que de celle de la peau : le réflexe du chatouillement, de la nausée est aboli, mais les fonctions organiques n'en sont pas troublées, la déglutition, les sécrétions, les réactions vaso-motrices demeurent intactes. La frigidité génitale de certaines hystériques peut s'expliquer par l'anesthésie de leurs muqueuses clitoridienne et vaginale.

Très importantes aussi sont les anesthésies SENSORIELLES, générales ou partielles.

Pour le *goût* et l'*odorat*, on les recherche avec le sel, le sucre, la quinine, le chloroforme, l'ammoniaque. Souvent elles sont unilatérales.

La SURDITÉ HYSTÉRIQUE est recherchée au moyen du tictac de la montre. Au moyen du diapason on peut se convaincre que ce trouble fonctionnel résulte d'une paralysie des organes centraux de l'audition ; car le malade perçoit mieux les vibrations du diapason lacé devant l'orifice externe du conduit auditif qu'appliqué sur l'apophyse mastoïde ; au contraire, les vibrations sont mieux perçues par voie crânienne que par voie aérienne, quand il y a lésion de l'oreille externe ou moyenne (expérience dite de Rinne). L'ouïe peut être abolie, alors que la muqueuse du conduit et du tympan a conservé sa sensibilité tactile.

L'AMAUROSE hystérique peut être totale et subite ; elle peut être fugace ou résister des mois et des années à tous les traitements pour disparaître brusquement après une attaque convulsive ou sous l'influence d'une émotion.

L'AMBLYOPIE est plus fréquente. Elle se décompose en plusieurs éléments : 1° *troubles de la perception des couleurs* (complète, *achromatopsie* ; incomplète, *dyschromatopsie*). L'ordre de

disparition des couleurs est le suivant : c'est toujours d'abord le violet et le vert, puis, suivant les cas, le bleu, le jaune et le rouge, ou le rouge, le jaune et le bleu. La dyschromatopsie se voit aussi dans les intoxications nicotinique et alcoolique, dans certaines névrites optiques ; mais dans l'amblyopie nicotinique le rouge et l'orange disparaissent avant le bleu, le violet et le jaune. Le rouge disparaît en premier dans l'alcoolisme et l'atrophie optique du tabès.

2° *Modification de l'étendue et de la forme du champ visuel* (*rétrécissement concentrique*).

L'étendue du champ visuel peut être modifiée, comme on sait, de trois façons. Quand il y a *scotome central*, le malade, ayant une zone rétinienne insensible, voit toujours dans le champ de sa vision une tache obscure. — En cas *d'hémiopie latérale*, le malade ne perçoit les images que par une des moitiés latérales de la rétine. — Dans le *rétrécissement concentrique du champ visuel*, les malades voient distinctement les objets qu'ils fixent, mais leur œil n'embrasse pas autour de ces objets un espace aussi étendu qu'à l'état normal. C'est cette dernière variété d'anesthésie partielle qui est un des stigmates les plus fréquents de l'hystérie, les deux premières s'observant d'ordinaire chez des intoxiqués comme les tabagiques ou dans des cas de lésions organiques cérébrales. Pour obtenir des renseignements précis sur le degré de rétrécissement du champ visuel, il faut faire pratiquer méthodiquement l'examen campimétrique des deux yeux sur des cercles gradués. Mais on peut déjà en déceler rapidement l'existence dans la clinique courante, en faisant fixer par le malade un point déterminé, immobile en face de lui, et en constatant à quelle distance il faut placer un point mobile qu'on éloigne progressivement du point fixe, pour que le point fixe et le point mobile, soient vus en même temps. L'expérience est faite comparativement sur chacun des yeux tour à tour, l'autre étant fermé.

On peut encore observer chez les hystériques l'*affaiblissement de l'acuité visuelle* et *l'asthénopie*, enfin la *polyopie monoculaire* décrite par Parinaud et due à un spasme de l'accommodation. Quand ce dernier symptôme existe, un objet qui, placé verticalement auprès de l'œil, est distingué normalement, est, quand on l'éloigne progressivement, vu double à une certaine distance entre 10 et 20 centimètres, et quelquefois triple, si on l'éloigne davantage. — C'est à l'ensemble des divers troubles de la vision précités que s'applique en bloc la qualification d'amblyopie hystérique.

Les hystériques peuvent avoir des *anesthésies des tissus profonds* et des *viscères*. Les os et le périoste, les ligaments articulaires et les troncs nerveux des membres peuvent être frappés, tiraillés, piqués chez certains hystériques sans qu'ils éprouvent de douleur ; les nerfs demeurent excitables, puisque l'irritation du cubital, dans sa gouttière, par exemple, détermine une contraction brusque des muscles de l'avant-bras, mais l'irritation ne provoque pas de sensation douloureuse. C'est dans une modification des centres de perception que réside la cause des anesthésies hystériques.

Les *muscles* peuvent être insensibles à la pression, à la contraction volontaire (le malade est obligé de regarder ses membres pour que ses mouvements s'exécutent avec précision, parce qu'il a perdu la *conscience du degré de contraction* convenable ; il a de même perdu quelquefois la *notion du poids* des objets) ; les muscles peuvent être aussi insensibles à la *contraction électrique* et à la *fatigue*. Les hystériques peuvent avoir perdu la *notion de position* et même *d'existence* de leurs membres. Le malade *qui perd ses jambes dans son lit*, c'est souvent un ataxique, mais c'est quelquefois un hystérique.

Parmi les anesthésies viscérales, on ne peut guère citer que les *anesthésies des seins* et des *testicules*, et l'anesthésie *épigastrique*. Ce dernier symptôme a joué un rôle important dans l'histoire de l'hystérie, ainsi qu'en témoignent les relations des convulsionnaires qui, sur le tombeau du diacre Pâris, éprouvaient du plaisir à se faire frapper le creux épigastrique avec des chenets ou des filons de fer pesant de 25 à 30 livres (Carré de Montgeron, 1737). M. Pitres considère cette anesthésie profonde de l'épigastre comme un des meilleurs stigmates de l'hystérie, aussi caractéristique au moins que l'anesthésie du pharynx et de la conjonctive.

Je terminerai ce qui est relatif à l'anesthésie par des indications sur son mode de distribution : elle peut faire défaut complètement, elle peut être localisée à une région peu étendue des téguments ou à un appareil sensoriel ; elle peut frapper tout à la fois peau, muqueuses, sens, organes profonds ; dans ces cas l'anesthésie cutanée peut être générale, unilatérale ou en îlots disséminés.

Un caractère bien connu des anesthésies hystériques, c'est leur *mobilité* et leur instabilité, la facilité avec laquelle elles disparaissent sous l'influence d'un très grand nombre d'agents dits *esthésiogènes* : faradisation, galvanisation, aimantation, application de métaux, vibrations mécaniques, eau chaude ou froide, collodion, sinapismes, et vésicatoires, certains minéraux, le bois, les injections sous-cutanées de jaborandi, les inhalations de nitrate d'amyle, etc. On sait depuis les expériences de Burcq, Charcot, Luys, Dumontpallier que le retour de la sensibilité sous l'influence des agents esthésiogènes, est précédé généralement d'un *transfert* de l'anesthésie du côté opposé du corps et d'oscillations consécutives à l'enlèvement de l'agent esthésiogène. M. Pitres a ajouté à la liste des agents esthésiogènes déjà connus le mercure sous forme d'onguent napolitain ou de vapeurs mercurielles, le gaz hydrogène (et c'est précisément, fait observer l'ingénieux expérimentateur, le gaz que les chimistes considèrent comme un métal). On sait que l'action des agents esthésiogéniques a donné lieu à des interprétations diverses : pour les uns la cause du phénomène est d'ordre physique : courants électriques, polarité électrique, vibrations moléculaires ; pour d'autres, ce sont des faits d'attention expectante, de suggestion inconsciente.

En regard des anesthésies se placent les HYPERALGÉSIES HYSTÉRIQUES : je ne puis que les énumérer : le *clou céphalique*, l'*arthralgie* du genou et de la hanche, la *pseudo-coxalgie*, l'*hyperesthésie rachidienne*, la *sacrodynie* et la *coccygodynie*, le *testicule irritable*, le *sein douloureux*, la *pseudo-angine de poitrine*, le *péritonisme hystérique*, l'*hyperesthésie gastrique* produisant les *vomissements incoercibles*, la *pseudo-méningite encéphalique* ou *spinale*, le *pseudo-mal de Pott* hystérique.

(*A suivre*).

II

Un cas de récidive de coqueluche.

J'apporte un fait non pas nouveau, mais assez exceptionnel pour qu'il ne soit pas, je pense, inutile de l'enregistrer.

Dans la monographie la plus complète que nous possédions sur la coqueluche, celle de M. Henri Roger, on lit que des médecins d'une expérience incomparable, comme Rilliet, Barthez et M. Bergeron, n'ont pas observé de coqueluche « récidiviste ». A vrai dire, West en a cité un cas, Trousseau deux, M. Roger cinq ; ce dernier fut même, dans un cas, témoin des deux coqueluches qu'il eut à soigner à neuf ans d'intervalle.

Malgré ces huit cas, il est couramment admis qu'une atteinte de coqueluche confère une immunité presque absolue ; aussi le premier mouvement d'un médecin auquel on parle d'une personne ayant eu plusieurs fois la coqueluche, est-il d'accueillir cette déclaration avec incrédulité et de chercher l'explication de ces apparentes récidives soit dans des rechutes à court intervalle ou dans une des causes de toux coqueluchoïde, hypéresthésie laryngée avec habitude convulsive contractée par les nerfs respiratoires, hystérie, et surtout compression dans le médiastin par anévrysme, tumeurs, adénopathie tuberculeuse.

A ce dernier point de vue, la question est particulièrement embarrassante, la tuberculose étant si fréquente, et l'adénopathie bronchique une de ses manifestations infantiles de prédilection. Le fait suivant en est la preuve.

Dans une famille où la tuberculose a frappé plusieurs personnes, une jeune fille de 25 ans se met à tousser. Au début, c'est un rhume banal ; mais, malgré les soins usités contre les bronchites vulgaires, la toux augmente de fréquence et d'intensité ; l'entourage s'inquiète d'autant plus qu'il y a un léger mouvement fébrile chaque soir, que l'appétit se perd, que le sommeil est interrompu par des quintes et que plusieurs fois les aliments ont été rejetés quand la toux s'est montrée peu après les repas. La mère alarmée, qui me consulte, insiste beaucoup sur l'existence de plusieurs cas de tuberculose dans la famille ; quant aux antécédents pathologiques personnels de la jeune fille, ils se bornent à trois maladies, la gourme dans la première enfance, la rougeole et la *coqueluche* à l'âge de 10 ans. L'apparence générale est assez satisfaisante, malgré un peu d'amaigrissement et l'air de fatigue du visage. L'examen stéthoscopique du thorax ne fait constater que quelques râles sibilants et ronflants disséminés. Les sommets n'ont rien de suspect.

Quelques jours plus tard, je suis de nouveau consulté ; la toux a pris de tels caractères que le nom de coqueluchoïde, sinon coqueluchiale, peut seul lui convenir. La mère, qui a le souvenir de la coqueluche qu'a eue sa fille quinze ans auparavant, en a été frappée avant de revenir me voir ; mais tout le monde lui a dit qu'on n'avait jamais deux fois la coqueluche ; aussi m'exprime-t-elle, avec plus de vivacité encore que la première fois, la crainte que sa fille ne soit atteinte d'une « phtisie galopante ». Pendant cette visite la jeune fille est prise d'une quinte tellement nette que je ne puis plus hésiter à la qualifier de coqueluchiale. Mais, influencé moi aussi par l'habitude de considérer la récidive de la coqueluche comme une de ces exceptions dont on n'a presque pas le droit de tenir compte dans la clinique courante, je me dis que la coqueluche, dont on prétend que la jeune fille a été atteinte il y a quinze ans, ne devait être qu'une toux coqueluchoïde et je me fais raconter minutieusement cette histoire ancienne, en cherchant, je dois le dire, à y relever quelque renseignement qui me permette de battre en brèche le diagnostic porté autrefois. La mère me raconte qu'un frère plus jeune d'un an que la jeune fille a eu la coqueluche aussi à cette époque ; un médecin a vu les enfants plusieurs fois pendant le cours de la maladie, qui a duré six semaines chez le frère et un peu plus longtemps chez la sœur ; ce médecin n'a eu aucune hésitation dans le diagnostic et son traitement a consisté surtout dans l'emploi de la belladone et des vomitifs ; il a conseillé le changement d'air quand les quintes allaient en décroissant. Franchement, d'un tel récit il ressort avec évidence que la jeune fille avait bien eu une coqueluche authentique quinze ans plus tôt ; à moins d'avoir soigné soi-même la première coqueluche, comme cela est arrivé à M. Henri Roger, dans un cas auquel j'ai fait allusion, on ne peut guère avoir plus de certitude rétrospective.

Après un nouvel examen méthodique par la percussion et l'auscultation de la région inter-scapulaire, après comparaison attentive de la force des vibrations vocales et des caractères du murmure respiratoire dans les deux régions sous-claviculaires suivant les principes de mon maître, M. le professeur Grancher, je ne vis aucune raison de suspecter une compression dans le médiastin ni une induration des sommets.

Je revins donc à l'hypothèse d'une récidive de coqueluche légitime, et je demandai s'il y avait eu des cas de coqueluche dans le voisinage. Je reçus d'abord une réponse négative ; mais, comme j'appris qu'un enfant était mort récemment dans la maison habitée par la jeune fille, d'une fluxion de poitrine, croyait-on, je fis poursuivre l'enquête et je sus que cet enfant avait succombé à une broncho-pneumonie au cours d'une coqueluche. Dès lors je crus pouvoir m'en tenir au diagnostic de coqueluche sous réserve de l'évolution. En un tel cas l'examen de l'expectoration s'imposait ; dans les crachats en partie visqueux et filants, en partie muco-purulents qu'on me remit il n'existait pas de bacilles de Koch. J'instituai un traitement par l'aconit, la belladone et l'antipyrine. L'évolution fut courte : au bout de six semaines environ tout était à peu près fini. J'ai revu la jeune fille cinq mois après ; la santé générale était parfaite, l'examen stéthoscopique de la poitrine absolument satisfaisant. Je crois bien être en droit de citer ce cas comme un exemple de récidive de coqueluche.

P. Le Gendre,
Médecin des hôpitaux.

QUESTIONS D'ENSEIGNEMENT.

Depuis longtemps la question de l'enseignement *pratique* de la médecine à organiser dans les hôpitaux de Paris avec le concours des médecins et des chirurgiens indépendants de la Faculté ou lui servant d'auxiliaires a été agitée dans les cercles médicaux. La proposition suivante vient

d'être déposée dans ce sens sur le bureau du Conseil municipal de Paris.

PROPOSITION de M. Paul Strauss *sur l'organisation de l'enseignement de la médecine dans les hôpitaux.*

Messieurs,

L'an dernier, le Conseil municipal avait reconnu la nécessité de tirer un meilleur parti des ressources hospitalières de la ville de Paris ; toutefois, avant de se prononcer sur le double projet de réorganisatiou des consultations externes et d'enseignement pratique dans les hôpitaux, il a voulu prendre l'avis du corps médical.

Bien que M. le directeur de l'Assistance publique n'ait pas encore porté officiellement à notre connaissance le résultat de cette consultation, nous ne croyons plus devoir attendre davantage avant de soumettre au Conseil des propositions précises.

Les sociétés des médecins, des chirurgiens et des accoucheurs des hôpitaux, et particulièrement la première, n'ont pas apprécié à sa valeur notre initiative ; ce n'est pas ici le lieu de rechercher les causes d'un malentendu aussi étrange ; mais les discussions qui se sont élevées dans ces différentes réunions professionnelles n'ont fait que démontrer avec plus de force l'urgence absolue de la réforme préconisée avant nous par le docteur Bourneville, par Robinet, et à laquelle le Conseil a donné une adhésion explicite par sa délibération du 23 décembre 1890.

M. le professeur Potain a proclamé lui-même, avec une entière bonne foi, tous les inconvénients du *statu quo* :

« Si l'organisation de l'enseignement pratique de la pathologie est demeurée imparfaite, a-t-il écrit, ce n'est point assurément que les éléments fassent défaut pour cet enseignement-là. Les nombreux malades réunis dans les hôpitaux de Paris sont pour lui une mine inépuisable de matériaux. Et, d'autre part, sans compter les membres de la Faculté qui, presque tous, y ont des services, l'ensemble des médecins des hôpitaux forme un personnel d'une valeur incomparable. Nulle part au monde on ne peut trouver un pareil ensemble. *Malheureusement toutes ces richesses sont en partie perdues ou du moins ne sont pas utilisées à beaucoup près comme elles pourraient l'être.* »

Nous n'avons jamais dit autre chose et cet aveu loyal d'un des plus éminents professeurs de l'École justifie amplement notre proposition.

Le Conseil municipal n'a pas le droit de se désintéresser de l'enseignement supérieur parisien, à plus forte raison est-il tenu de s'en préoccuper, si les malades traités dans les hôpitaux sont appelés à en recueillir le bénéfice.

En effet, les malades n'ont qu'à gagner au surcroît de prestige et de clientèle des médecins, des chirurgiens et des accoucheurs des hôpitaux. Rien ne peut mieux stimuler le zèle et le dévouement des praticiens que l'entourage d'une phalange d'élèves et de témoins exercés. Toutefois, cet avantage ne servirait de rien si un trop grand nombre d'élèves venaient à être agglomérés dans un même service ; dans ce cas, une trop grande affluence risquerait d'être nuisible aux malades.

C'est pourquoi le directeur de l'Assistance publique doit tenir la main à la répartition des stagiaires dans les différents hôpitaux et dans les divers services.

Un des meilleurs moyens d'éviter tout encombrement de ce genre consiste à multiplier les centres d'enseignement.

Un rapide examen suffit à montrer qu'en favorisant les malades, une meilleure utilisation des ressources hospitalières répond à un besoin pressant.

Actuellement, la Faculté de médecine ne peut assurer l'enseignement pratique de ses quatre mille étudiants ; elle ne dispose à cet effet que de seize chaires de clinique et elle n'utilise que partiellement ses dix professeurs de pathologie et ses vingt-huit agrégés pour l'enseignement de la médecine pratique. D'ailleurs, par l'organe d'un de ses membres, par le rapport de M. Potain, la Faculté a reconnu elle-même qu'elle n'était pas en état de donner à ses 4,000 élèves « les moyens complets d'instruction médicale théorique et pratique ».

Aussi, M. Potain proposait d'adjoindre trente médecins et quinze chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux aux professeurs de clinique en titre ; cette réforme, qui n'aura pas vu le jour, montre en quelle estime la Faculté tient le corps médical des hôpitaux pour l'enseignement des élèves.

Nulle part, ni dans la presse médicale, ni dans les réunions savantes, aucun désaccord ne s'est produit sur le principe d'une extension ou d'une réorganisation de l'enseignement pratique de la médecine dans les hôpitaux ; tout le débat a porté sur les différents moyens d'atteindre le même but.

La seule constatation à laquelle aient abouti toutes les discussions est celle-ci : c'est que notre corps hospitalier est tout désigné, tout préparé pour distribuer cet enseignement complémentaire.

Ce n'est pas une nouveauté, tant s'en faut, puisque, dans le passé comme dans le présent, quelques-uns des maîtres de nos hôpitaux ont acquis une célébrité universelle par leurs cours et leurs leçons libres ; les noms de Bazin, de Chassaignac, de Gendrin, parmi les disparus, peuvent être mis en parallèle avec ceux des plus illustres représentants de l'École.

Aujourd'hui encore, il est tel amphithéâtre de chirurgie, telle salle de médecine qui attirent les élèves et les visiteurs à l'égal des services les plus renommés de la Faculté.

Il ne peut être indifférent à la Ville, à l'Assistance publique de Paris, de voir nos hôpitaux desservis par des praticiens d'une si haute valeur et d'une notoriété si éclatante.

Pour être plus modeste et moins en vue, l'action enseignante du plus grand nombre des médecins, des chirurgiens et des accoucheurs des hôpitaux ne rend pas de moindres services ; seulement ces efforts ne sont pas coordonnés ; toutes ces forces demeurent éparses et toutes les bonnes volontés ne sont pas groupées.

Avec l'outillage dont dispose l'Assistance publique, avec les incomparables ressources de nos hôpitaux, cet enseignement pratique complémentaire existe en réalité ; il est tout prêt ; une organisation seule lui a fait défaut jusqu'à ce jour.

Presque partout, des salles de cours, des amphithéâtres, des laboratoires, des musées, généreusement dotés sur le budget de l'Assistance publique, dispenseront de toute dépense nouvelle d'installation ; le Conseil municipal consacre d'ailleurs chaque année des subventions spéciales au fonctionnement de ces instruments de re-

cherches et d'étude. Il n'y a presque rien à faire, puisque la plupart des médecins, des chirurgiens et des accoucheurs des hôpitaux n'ont pas attendu des encouragements officiels pour répandre autour d'eux un enseignement bienfaisant.

Nous avons tous les éléments pour distribuer un enseignement médical aussi brillant que celui d'aucune autre ville ; l'heure est venue d'en profiter.

L'Assistance publique possède un *amphithéâtre d'anatomie*, où sont enseignées l'histologie normale, la physiologie, la médecine opératoire ; elle dispose de 88 services de médecine, de 42 services de chirurgie, de 8 services d'accouchement, avec un personnel médical nombreux et expérimenté.

Il n'y a qu'à le vouloir, à proprement parler, pour rassembler en un seul faisceau toutes ces forces disséminées, pour mettre en pleine activité tant de bonnes volontés et tant de compétences. Rien que pour un enseignement trop dédaigné jusqu'à ce jour, celui des *spécialités*, notre corps hospitalier n'aura pas de peine à prendre une place qui ne lui sera disputée par personne.

II

Ce n'est qu'après avoir pris l'avis des représentants les plus autorisés de nos hôpitaux, après avoir longuement conféré avec un certain nombre d'entre eux, que nous prenons la liberté de soumettre à l'approbation du Conseil municipal un programme d'exécution d'une réforme enfin parvenue à maturité.

Il sera tout d'abord nécessaire d'établir une entente entre tous les professeurs libres de clinique, de telle sorte que les diverses branches et les diverses spécialités de la médecine aient leur part de représentation équitable et simultanée dans cet enseignement ; un programme commun des cours, leçons et conférences devra être rédigé chaque année par l'assemblée des professeurs des hôpitaux et soumis à l'approbation de M. le directeur de l'Assistance publique.

Nous pensons qu'à côté des cours pratiques, actuellement existants pour la plupart, il y aura lieu de mettre des amphithéâtres à la disposition des médecins et chirurgiens des hôpitaux excentriques, des nouveaux promus, de tous ceux qui, pour une raison ou pour une autre, éprouveraient le besoin de se livrer à un court apostolat, d'exposer en un petit nombre de conférences le résultat de leurs travaux et de leurs recherches ; ainsi pourvus d'une tribune, ces futurs professeurs trouveront l'emploi de leurs brillantes facultés pour le plus grand profit des élèves et de la science médicale.

Les amphithéâtres, très vastes et très confortables du nouvel Hôtel-Dieu, toujours inoccupés l'après-midi, sont naturellement appropriés à ces conférences dont le succès ne serait pas un médiocre attrait pour les étudiants étrangers.

Tel médecin, tel chirurgien, tel accoucheur, à qui son auditoire habituel ne suffirait pas, aurait une tribune retentissante pour y exposer, en un très petit nombre de leçons, une sorte d'enseignement monographique sur un sujet déterminé.

Une affiche *unique* et *collective*, rédigée par les soins de M. le directeur de l'Assistance publique, comme celle des exercices d'anatomie de Clamart, donnerait une publicité suffisante aux cliniques et aux leçons des services d'hôpitaux comme aux conférences des amphithéâtres de l'Hôtel-Dieu, avec le programme des cours, l'indication des heures, etc.

Une telle organisation, très simple et facilement réalisable, ne fait, si l'on veut, que consacrer et développer un enseignement déjà prospère ; aucune objection ne saurait lui être opposée ; la Faculté de médecine, qui avait songé à s'adjoindre un certain nombre de maîtres de nos hôpitaux, ne pourra qu'applaudir à la réorganisation de l'enseignement pratique par le Conseil municipal de Paris ; les étudiants se réjouiront d'une amélioration si profitable à leurs études ; les malades y gagneront par cela même que s'élèvera le niveau intellectuel des hôpitaux ; la ville de Paris y trouvera tout profit par une plus grande affluence d'étudiants français et étrangers.

Aussi, pour tous ces motifs, et pour faire suite à mon rapport de l'an dernier, j'ai l'honneur de proposer au Conseil le projet de délibération ci-après.

Paris, le 19 octobre 1891.

Signé : Paul STRAUSS.

—

PROJET DE DÉLIBÉRATION.

Le Conseil
Délibère :

Article premier. — Un crédit de cent mille francs sera spécialement affecté à l'enseignement de la médecine dans les hôpitaux, soit à l'allocation d'une indemnité aux professeurs des hôpitaux chargés des chaires de clinique médicale générale, de clinique chirurgicale générale, de dermatologie, de syphiligraphie, de laryngologie, de maladies des enfants, d'accouchement et de gynécologie, de maladies nerveuses, d'ophtalmologie, d'otologie ; il devra subvenir en outre aux frais des cours supplémentaires de l'Hôtel-Dieu, aux dépenses d'affichage et de publicité, ainsi qu'à la dotation actuelle des laboratoires subventionnés par le Conseil et aux encouragements de toute nature à l'enseignement hospitalier.

Art. 2. — Cette dépense sera inscrite à l'art. 9 du chap. xx des dépenses ordinaires du budget, qui, au lieu de comprendre uniquement les subventions spéciales à l'Assistance publique pour divers laboratoires dans les hospices et hôpitaux, portera la rubrique suivante : *Subvention à l'Assistance publique pour encouragements à l'enseignement de la médecine dans les hôpitaux.*

FAITS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

A. — *Tétanos et alimentation forcée.*

G., 50 ans, cultivateur aisé. Plaie contuse, siégeant au niveau de la rotule gauche, circulaire, mesurant cinq centimètres de diamètre environ, d'aspect sanieux, contractée dans l'exercice professionnel (traîné par ses *bœufs*, ventre à terre, l'espace de plusieurs mètres). Quinze jours après l'accident, le confrère qui m'a précédé constate du trismus. Au moment où je suis appelé, les mâchoires sont serrées, le ventre tendu, la vessie en rétention, les membres souples, la température à 37°. Le menton ne peut passe fléchir sur

la poitrine, raideur de la nuque. Tétanos ou tétanie, mais la contracture permanente et la rétraction urinaire, rapprochées de l'existence d'une plaie, bien que l'élévation de température n'existe pas, inclinent nécessairement du côté du tétanos. Le tétanique meurt d'épuisement ou d'asphyxie. Donc, soutenir les forces, combattre les contractures, tout est là. Heureusement l'individu est un édenté. L'alimentation forcée avec le lait, le bouillon, le jus de viande, la poudre de viande, les potages et l'eau vineuse, devient donc possible.

Le malade, qui juge son état, s'y prête avec énergie. Contre les contractures, 12 gr. de chloral dans les 24 heures. Au bout de quinze jours de ce régime, nous n'avons rien obtenu que le soutènement des forces et l'allégement des contractures.

L'hébétude de la face et l'affaissement du pouls nous obligent à suspendre le chloral. L'asphyxie devient menaçante. Essence de thérébentine, 30 gr. en potion, frictions térébenthinées sur tout le corps. L'empoisonnement chloralique disparaît. Reprise du chloral à dose atténuée, 6 gr. A ce moment, intervention de la glace à la nuque et à la région dorsale. Amélioration, mais le ventre se tend, l'épigastre est dur et sonne comme un tambour. Menace d'asphyxie par contracture du diaphragme et météorisme. Glace à l'épigastre. A partir de ce moment, la position est enlevée. La plaie saupoudrée d'iodoforme est cicatrisée. Les mâchoires fonctionnent merveilleusement, mais il nous a fallu cinquante jours de lutte pour obtenir ce résultat. La glace à la nuque, à l'épigastre, l'alimentation forcée, quand l'ingestion sera possible, nous paraissent les adjuvants nécessaires à la médication chloralée.

B. — *Phtisie et infection purulente.*

Homme de 60 ans. Granulose apyrétique du poumon gauche, sans caverne perceptible à l'oreille, ni expectoration purulente, hémoptysie. Retourne à Niort après un traitement qui l'a singulièrement amélioré. Me revient six semaines après, avec un peu de fièvre et un travail aigu au sommet du poumon droit. Pointes de feu, défervescents. La régression paraissait complète, quand tout à coup, après quelques douleurs vagues dans les genoux, apparaît un frisson violent et prolongé. Simultanément le genou droit se tuméfie et se couvre d'une rougeur inflammatoire. T. 40°. Je pense d'emblée à une infection purulente, par résorption interne. Il n'y a, en effet, aucune plaie à la surface du corps. Les frissons reviennent tous les jours et résistent à la quinine. Douleurs articulaires vives, fièvre, délire, langue sèche, mictions involontaires, abcès synovial en voie d'évolution, tout vient à l'appui de notre diagnostic. Débridement large de la jointure, pus mêlé de synovie, mort le lendemain.

C. — *Phtisie et cantharidate.*

Jeune enfant de quinze ans. Granulations du poumon droit, râles muqueux en avant et en arrière, sans cavernes ni cavernules ; chairs conservées, appétit superbe, laryngite tenace, voix voilée, 30 grammes de crachats en 24 heures. Les râles humides sont persistants et incoercibles dans toute la hauteur du poumon droit depuis un an, malgré l'usage de l'huile de foie de morue, des capsules d'huile de faîne créosotée, des eaux minérales sulfureuses, de la créosote à haute dose et du goudron, des phosphates de chaux, des hypophosphites, de l'arsenic, du gaïacol iodoformé et du sulfaminol, etc. A ce moment injection de deux déci-milligrammes de cantharidate de potasse tous les deux jours. Au bout de huit jours effet remarquable et stupéfiant. Suppression complète des crachats. Départ complet depuis deux mois des râles humides. La toux n'existe plus. La laryngite, en tant que phonation, est peu modifiée. Nous allons y joindre le traitement local à l'aide du laryngoscope.

Trois mois après, poussée granuleuse aiguë des deux poumons, mort ; le cantharidate s'est trouvé radicalement impuissant.

D. *Cancer et Pyoctanine.*

Vieillard de 80 ans. Porteur, il y a un an, d'une tumeur maligne vasculaire de la joue gauche, du volume et de la longueur du petit doigt. Son développement rapide et des hémorrhagies profuses nous obligent à l'en débarrasser. Excision périphérique large. Succès complet.— Un an après, dans la peau de la région thoracique droite, apparition d'une tumeur également vasculaire et mamelonnée de couleur violette, du volume de deux pouces, non adhérente aux côtes. Développement rapide et continu depuis trois mois. Les malléoles sont œdématiées. Le porteur a 80 ans et ne mange pas, mauvais terrain opératoire.— Nous songeons à la pyoctanine, au 1/500. Injections dans la tumeur même et autour. La trame, quasi érectile de la tumeur, sous l'influence de l'injection, devient d'un violet intense. Un mois après, après des reprises et des suspensions motivées par de véritables poussées inflammatoires dans la tumeur et le tissu cellulaire circonvoisin, avec œdème concomitant reposant sur un fond rouge, la tumeur a disparu, ne laissant après elle qu'un stroma fibreux aplati.

Parallélement, la constitution s'est relevée. L'œdème des malléoles a disparu, et l'appétit est florissant. La pyoctanine a donc un effet direct sur la tumeur et indirect sur l'économie.

E. *Péritonite tuberculeuse et laparotomie.*

Comme Gusman, la chirurgie ne connaît plus d'obstacles. Hématocèle, laparotomie. Inflammation catarrhale des trompes, laparotomie. Tuberculisation du péritoine, laparotomie ! Nous assistons, depuis quelques années, à une effroyable débauche du bistouri. On peut dire que cette dictature, qui ne le cède qu'à celle des foules, est une des caractéristiques les plus crues de cette fin de siècle, et que, si elle a été signalée par le percement d'isthmes qui font rêver, elle ne l'a pas été moins par l'ouverture incommensurable de ventres qui donne la vie... ou la mort. Il se peut que la péritonite tuberculeuse, en particulier, soit justiciable de ces hardiesses. Nous croyons, toutefois, qu'une intervention médicale, qui réussit presque dans la moitié des cas, n'est pas absolument à dédaigner et qu'avant d'arriver si libéralement à mettre « les tripes au soleil », les médecins prudents feront bien de l'essayer, telle que nous l'avons reçue de nos maîtres, avec certaines additions qui nous sont propres. Pour mieux exposer cette méthode, connue dans ses lignes les plus usuelles, et ses résultats, nous allons relater brièvement deux observations dont la seconde surtout ne manque pas d'intérêt.

a) Femme de 34 ans, traitée jusqu'à mon arrivée comme hydropique. Scille, digitale, etc. Va de mal en pis. Je constate, en effet, de la fluctuation, du météorisme, des sueurs nocturnes, de la diarrhée, de la sensibilité à la pression, de la fièvre quotidienne, une pleurésie sèche à droite, du dépérissement, de temps en temps des vomissements bilieux. Je supprime les diurétiques qui offensent l'estomac. Je fais appliquer sur le ventre l'onguent napolitain qui fait merveille dans ces cas, cataplasme de ciguë et de farine de lin. Bismuth morphiné contre la diarrhée, viande crue, œufs, potage, quand l'intestin veut bien le permettre. Liqueur de Fowler contre la fièvre et, pour agir en même temps sur l'état général, quand l'intestin est bien affermi, huile de foie de morue. Après deux mois de traitement, rétablissement complet qui ne s'est pas démenti depuis deux ans. La malade est resplendissante de santé.

b) Femme également de 35 ans, traitée par un jeune confrère qui a la malechance de tomber sur un cas de diagnostic vraiment difficile. La malade, en effet, n'a ni fièvre, ni sueur, ni diarrhée, ni coliques abdominales, ni sensibilité à la pression. Une fluctuation, à peine sensible, existe dans le péritoine. Aussi ne suis-je pas surpris de me trouver comme prescription en présence d'un vin diurétique qui coûte vingt francs le flacon et n'amène rien. Je ne trouve rien au foie, rien au cœur, rien au rein. Un seul signe, mais celui-là pathognomonique, signe qui me vient d'un de mes maitres les plus érudits (j'ai nommé Beau), le ventre *cartonné*, me met sur la voie du diagnostic. Effectivement, huit jours après, la maladie s'affirme dans toute son authenticité. La fièvre du soir, la sensibilité à la pression et spontanée, les coliques, la diarrhée, les vomissements ne permettent plus de douter du diagnostic. Tous les moyens relatés dans la première observation sont mis en œuvre. Les pointes de feu appliquées sur toute l'étendue de l'abdomen font merveille. Je ne saurais trop insister sur la puissance du facteur igné. Les accidents abdominaux étaient donc conjurés quand une pleurésie galopante du côté gauche, sans albumine dans l'urine, me force à trois thoracentèses successives. La malade se remet à travers une oppression formidable, et j'allais me féliciter enfin du résultat quand une douleur aiguë du rein gauche, avec albuminurie et œdème généralisé, vient se mettre en travers de nos espérances. Cautérisation ignée des deux régions rénales, régime lacté exclusif, plus tard viande crue, sous-nitrate de bismuth contre diarrhée récidivante, nous permettent enfin de lutter avec avantage contre cette nouvelle détermination tuberculeuse. Trois années se sont écoulées depuis ces incidents, aucune récidive ne s'est reproduite. La malade est pleine de fraîcheur et d'entrain. Il faut reconnaître que la laparotomie n'eût pas mieux fait.

F. — *Cancer cutané et pulmonaire.*

Le nommé B., âgé de 30 ans, célibataire, a joui jusqu'à présent d'une santé irréprochable. Il a perdu une sœur d'une phtisie galopante. Lui-même, malgré une apparence florissante, a les ongles hippocratiques. Depuis quelques jours il crache du sang, mais d'une façon discrète. Quand je suis appelé, l'état est relativement bon, la fièvre n'existe pas, l'auscultation est négative en dehors de l'hémoptysie. C'est un homme valide, mais cette hémoptysie est irréductible. J'emploie toutes les données de la science : la glace, le perchlorure de fer en inhalations avec l'appareil norwégien, l'ipéca à doses réfractées, les injections d'ergotine, le tannin à l'intérieur, la ligature des membres, les vomitifs, la trinité dosimétrique, tout échoue. A quoi avons-nous donc affaire? — A un cancer primitif et galopant du poumon. Effectivement je vois naître sous l'œil et à la peau une tumeur qui acquiert rapidement le volume d'un œuf de pigeon, dans la région intra-scapulaire gauche ; l'angle de la mâchoire du même côté est occupé par un ganglion induré. Une tumeur cutanée adhérente, par conséquent de couleur groseille, de nature fibro-plastique se développe à droite, au niveau de la fosse sus-épineuse, et mesure trois centimètres de diamètre. Sur la région latérale droite du tronc naît également et grossit à vue d'œil une tumeur semblable du volume du pouce ; de plus, des nodules, çà et là, sont enchâssés dans la peau et alternent avec quelques taches ecchymotiques. Au bout de trois semaines environ : céphalalgie, vomissement, oppression considérable, pouls accéléré, apyrexie et mort. Le malade a eu un ancêtre cancéreux. C'est la seconde fois que nous voyons un malade emporté par un cancer fibro-plastique cutané et pulmonaire galopant. On ne saurait nier le côté saisissant de cette forme pathologique.

Dr G. Reignier
(de Surgères),
Membre correspondant de la Société de médecine pratique de Paris.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La suppression des officiers de santé.

Le Conseil général du Calvados a voté, à une faible majorité d'ailleurs, le maintien des officiers de santé. Nos deux honorables confrères, MM. Turgis et Bourienne ayant soutenu des opinions diamétralement opposées, le premier plaidant le maintien, le second demandant la suppression, le Conseil a dû éprouver quelque perplexité. Il ne paraît pas d'ailleurs s'être passionné pour cette question qui laisse indifférents bon nombre de gens. Mais pourquoi faire périr de mort violente une institution qui, d'après M. Bourienne lui-même, agonise tout doucement ? Qu'on la laisse donc s'éteindre en paix. Quant à s'imaginer que les officiers de santé supprimés seront remplacés par des docteurs, c'est une simple conjecture que rien ne justifie. Car, si on se plaint déjà que les officiers de santé désertent la campagne, c'est qu'apparemment ils ne s'y trouvent pas bien, et je ne vois pas pourquoi les docteurs en médecine se montreraient moins exigeants qu'eux. La vie du médecin de campagne est toute de dévouement et de sacrifice. Sans cesse aux prises avec les difficultés de la vie matérielle, toujours sur la brèche, sans nul espoir de voir sa situation s'améliorer un jour, il est condamné à mourir misérablement comme il a vécu. Aux rebouteux, aux empiriques les victuailles abondantes, les cadeaux, la fortune même ; à lui, l'ingratitude, les humiliations, la misère ! Est-ce à notre époque qu'on trouvera encore des âmes assez fortement trempées pour se condamner volontairement à cette

vie d'expiation sans miséricorde ? Croit-on que de jeunes docteurs qui auront fréquenté les grandes villes, connu une existence confortable, vécu dans un milieu intelligent et policé, iront en pleine jeunesse, avec tous les goûts de luxe et de bien-être déjà contractés, se retirer au fond des campagnes pour s'y mortifier dans les privations physiques et morales ? Il serait vraiment téméraire d'y compter. On se figure dans le public et même dans une certaine partie du monde médical qu'il y a d'excellents postes à la campagne et qu'on y gagne beaucoup d'argent. Beaucoup de rhumatismes et d'infirmités, oui ; beaucoup d'argent, non. Nous avons à cet égard des renseignements authentiques et concluants : ce qui induit le public en erreur, c'est l'habitude qu'ont un grand nombre de médecins de se vanter d'un chiffre de recettes triple ou quadruple de celui qu'ils font réellement.

Il y a déjà quinze ans, M. le Dr Notta, dans ses « Lettres à un jeune médecin », écrivait ceci (1)

« Si vous avez l'intention de choisir votre résidence à la campagne, prenez bien vos renseignements avant de prendre un poste, étudiez le terrain avec soin. Sans doute, il y a des contrées en France où un médecin peut, dans un bourg, se créer une position convenable, mais il en est beaucoup où, dans les conditions actuelles de l'existence, il lui est impossible de vivre ; c'est pour ce motif que certaines campagnes se dépeuplent de médecins. Nos législateurs, voulant remédier à ce mal, ont cru qu'en multipliant le nombre des facultés ils augmenteraient le nombre des médecins. Ici, comme presque toujours, quand il s'agit de la médecine, ils ont été mal inspirés. Le niveau des études, qui déjà n'est pas trop élevé, sera certainement abaissé, mais il n'y aura pas un médecin de plus dans les campagnes. »

Et il ajoutait en note :

« Si l'on veut entrer dans les détails, on touchera du doigt la triste réalité de ce que j'avance. Je prendrai pour exemple les campagnes de la Normandie, c'est-à-dire d'une contrée réellement privilégiée au point de vue de la richesse. J'y ai connu, il y a vingt-cinq ans, beaucoup de médecins qui, bon an, mal an, recevaient 3,000 fr. Quand ils arrivaient au chiffre de 4,000 fr., c'était une année exceptionnelle. Or, ils payaient alors le sac d'avoine 10 à 12 fr., le foin, 25 fr. le cent ; un cheval 300 à 350 fr. Aujourd'hui, ces prix moyens ont plus que doublé, et je ne parle pas des autres choses essentielles à la vie. Or, les honoraires du médecin de campagne, quand il est payé, sont loin d'avoir suivi la même progression. Il en résulte que sa position n'est plus tenable. Le sort d'un contre-maître, dans une fabrique, est mille fois préférable ; au moins il a ses nuits ! »

Les campagnes sont-elles plus riches, plus peuplées, maintenant qu'il y a quinze ans ? La vie est-elle moins chère ? Les honoraires sont-ils notablement plus élevés ? Les rentrées se font-elles mieux ? En un mot, la situation du médecin de campagne est-elle plus enviable maintenant que jadis ? La réponse n'est pas douteuse, et s'il y a encore des officiers de santé à la campagne, nous conseillons vivement qu'on les y laisse. Il n'en reviendra pas.

(*Année médicale de Caen.*) Dr H. Marais.

(1) *Médecins et clients*, 1876, p. 15.

Economies de frais de justice.

« Dans tous les parquets, le vent est aux économies, d'autant plus que les tarifs d'honoraires médico-légaux devant être élevés, le prix de revient des expertises sera sensiblement supérieur à ce qu'il était en 1889. L'expertise est devenue, dans certains ressorts, une dépense de luxe réservée aux crimes de gala.

Voulez-vous un exemple ?

Tout dernièrement, dans le village de X., le docteur Z... est appelé auprès d'une femme atteinte de vomissements incoercibles, et présentant un état cholériforme. Le médecin pensa à un empoisonnement, prescrivit ce qu'il jugea convenable, recommandant de le faire appeler, si le lendemain le mieux n'était pas sensible. Le lendemain la patiente était morte.

Le Dr Z.... refusa de signer le certificat de décès, déclarant que les causes de la mort lui paraissaient singulières, et qu'une autopsie était indispensable. Le mari de la morte, paysan intelligent, accéda à ce désir. L'autopsie fut pratiquée par les docteurs Z... et T..., et ne révéla pas les causes du décès. Les soupçons d'empoisonnement se confirmaient par l'absence de lésions organiques susceptibles d'expliquer une mort rapide. Les viscères furent extraits, placés, sous scellés, dans des bocaux et adressés au parquet le plus voisin.

Il y a trois semaines de cela. Le foie, la rate, l'intestin et les poumons de la malheureuse se ratatinent dans un alcool rendu insuffisant par la parcimonie des juges. Le mari demande avec instances l'analyse des restes de son épouse. Insensible et économe, le parquet répond : *Si vous désirez une expertise, versez 180 fr. ; nous ne voulons pas faire de dépenses, peut-être inutiles, ignorant si votre femme a été réellement empoisonnée.*

Et vous, chers confrères, quand il plaira à un juge d'instruction de vous citer à titre de témoins, si vous vous retranchez derrière le secret professionnel, ce représentant des intérêts sociaux vous infligera 60 à 100 fr. d'amende..., *sans appel.* (Art. 80 du Code d'instruction criminelle.) Cela vous apprendra à respecter la justice de votre pays. Mais si, faisant du zéle, vous envoyez au parquet les viscères d'un empoisonné, ce même juge vous répondra : « Je ne suis pas la cause si vous êtes assez *ignorant* pour ne pas voir, en l'autopsiant, à quoi a succombé votre malade. L'expertise entraînerait des frais, je ne veux pas les faire. » Cela vous apprendra, derechef, à respecter la justice de votre pays.

Le respect consiste à lui obéir, aveuglément, quand elle éprouve le besoin de vous entretenir, et à ne pas la déranger quand elle ne vous appelle pas. Apprenez aussi qu'à dater d'aujourd'hui Thémis redoute les frais quand ils ne sont pas faits par les avoués. » (*La Province médicale.*)

Les honoraires des expertises médicales.

« Depuis deux ou trois ans, les médecins ont attiré l'attention sur l'insuffisance de l'indemnité qui leur est allouée dans les cas d'expertises.

Dans bien des cas, en effet, le médecin peut être appelé à dépenser plusieurs heures de son temps, à parcourir plusieurs kilomètres, à rédiger un rapport pour la modique somme de cent sous.

Il nous a paru intéressant de faire un rapprochement entre ces faits et le fait suivant qui vient de nous être communiqué. Les médecins ne sont pas en cause ; il s'agit d'un professeur d'histoire naturelle, d'un ingénieur et d'un négociant nommés experts dans une affaire dont voici le résumé : . . . . . .

Un bâtiment venant de New-York apporte dans un port de France un certain nombre de boucauts (barils) de tabac et l'on s'aperçoit que ce tabac a été envahi par les insectes qu'on connaît sous le nom de dermestes. Voilà une matière à procès entre le fournisseur et les concessionnaires, d'une part; — le capitaine du navire, les assureurs et la Compagnie des Docks, d'autre part.

Nos experts sont nommés pour *vérifier* lesdits boucauts. Un rapport est fait, c'est une page intéressante d'histoire naturelle, un résumé substantiel de la vie des insectes précités. Le coût de ce rapport est de 3.079 fr. 05 centimes. Je ne dis rien des 3.079 fr., mais ce sont les 5 centimes qui me font rêver.

On a dû s'arracher ce rapport. On n'a pas tous les jours, dans le commerce et les affaires, l'occasion de lire des choses aussi instructives. Tant et si bien, que la Compagnie des Docks, en lisant la description des mœurs des dermestes, prend peur, et, attaquant à son tour le fournisseur et les concessionnaires, elle demande qu'on nomme une Commission pour dire si le voisinage des boucauts envahis ne constitue pas un danger. Les *mêmes* experts sont nommés le lendemain du jour où le premier rapport est déposé. Un deuxième rapport est fait. Il raconte encore une fois le « cycle biologique » des insectes et donne la formule des liquides à employer pour les détruire.

Le coût de ce deuxième rapport est de 6.000 fr. (six mille francs). J'ai oublié les centimes, mais il y en avait.

Voilà une « bonne affaire » qui aura rapporté au professeur d'histoire naturelle, à l'ingénieur et au négociant 9.079 fr. 05 (neuf mille soixante-dix-neuf francs cinq centimes).

Et pendant ce temps-là, un médecin peut être requis (non pas *invité*) pour faire une autopsie ; il est mis en présence d'un cadavre plus ou moins vert déjà, il plonge les bras jusqu'aux coudes dans une matière pétrie de tous les microbes connus et inconnus. Il risque sa vie sans en avoir l'air. Il aura un rapport à rédiger. Il aura à en répondre devant le tribunal et à essuyer les remarques aigres-douces de l'avocat. Tout cela pour 8 à 10 francs !!! ». (*Normandie médicale.*)

BULLETIN DES SYNDICATS

Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure.

Séance extraordinaire du 7 août 1891.

Présidence de M. Porson, président.

Sont présents : MM. Porson, Destez, Patoureau, Chachereau, Pérochaud, Malherbe, Debilloto, O'Neil, Gérard (de Savenay), Trémoureux (de Nort), Boiffin, Attimont, Crimail, Polo Rouxeau, Guillou, Simoneau, Bellouard, Landais, Guyon, Valentin, Moussier, Hardy (de Vertou), Dixneuf (du Loroux), Laugée (de la Haye-Fouassière), Plihon, Grimaud, Ollive, Perrion, Pasquier (de Mauves), Samson, Blaizot.

M. le Président expose une affaire de contestation d'honoraires survenue entre M. Bichon (de Blain) et un entrepreneur qui, après avoir donné l'ordre de soigner un de ses ouvriers blessé, ne veut pas payer les honoraires du médecin, en arguant que les soins ont été donnés au malade dans un hôpital. Or, l'hôpital de Blain est à proprement parler un hospice de vieillards qui ne reçoit des malades atteints d'affections aiguës que dans certains cas d'urgence tels que le précédent ; mais, dans ce cas, les honoraires du médecin, dont le choix d'ailleurs est laissé au malade, sont à la charge de ce dernier. Dans le cas dont il s'agit, les honoraires réclamés par M. Bichon, et qui s'élèvent à 550 fr., paraissent au Syndicat aussi réduits que possible, car il y a eu plusieurs opérations, dont une amputation de cuisse et une longue série de pansements. Le Bureau s'est borné à indiquer à M. Bichon la marche à suivre, et l'affaire a été remise entre les mains d'un avocat de Rennes, ville où réside l'entrepreneur.

M. le Président donne lecture des engagements pris par les pharmaciens de Blain, de ne pas faire de médecine. Ces promesses semblent à l'Assemblée beaucoup trop conditionnelles, et elle désirerait que les pharmaciens ne délivrent même pas de spécialités sans ordonnance de médecin. Néanmoins, ces engagements seront transmis aux médecins de Blain avec l'avis du Syndicat.

L'affaire Maillard-Lescure est revenue en appel à Rennes, et M. le Président a le regret de constater que les peines prononcées contre les coupables ont été considérablement réduites ; l'indemnité allouée au Syndicat des Pharmaciens a été abaissée de 500 à 50 fr.

M. le Président donne lecture d'une circulaire de M. le docteur Mignen, président de l'*Union des Syndicats médicaux*, qui invite l'Association à agir auprès des Conseillers généraux du département pour leur faire adopter un vœu conforme à l'opinion du Syndicat. On sait que les Conseils généraux vont être consultés, à la demande du Sénat, dans leur prochaine session, sur l'opportunité de la suppression des officiers de santé. L'assemblée s'en remet à son Bureau du soin de rédiger une lettre qui sera adressée aux Conseillers généraux, en s'inspirant des conclusions adoptées par le Syndicat, dans sa séance du 17 juillet 1888, suivant un rapport sur le projet de loi de l'exercice de la médecine, rédigé par M. Luneau. La séance est levée.

Le Secrétaire des séances,
Dr Blaizot.

Association locale de l'Ain.

Présidence du Dr Monsenaux. — *Rapporteur* : Dr Julliard.

(*Extraits.*)

Le docteur Gerlier avait une créance sur un tailleur, je crois, qui fut déclaré en faillite. Il présenta sa note au Syndic en réclamant le privilège qui est attaché aux frais de dernière maladie ; mais le juge du tribunal de Gex refusa d'admettre sa réclamation. Le docteur Gerlier, alors, s'autorisant d'un jugement rendu par le tribunal de Saint-Nazaire en 1888 et qui dit que « *la déclaration de faillite doit être pour la liqui-* « *dation vis-à-vis des tiers assimilée à la mort*

« *du débiteur, dans l'année qui a précédé la dé-* « *claration de faillite* », m'envoya ses pièces avec prière d'obtenir, dans cette affaire, l'appui de la Société.

Mais notre Conseil judiciaire, Me Rive, consulté à ce sujet, déclara cette prétention non justifiée par la jurisprudence actuelle, qui repose sur un arrêt de la Cour de Cassation do 1864.

Ayant eu, dans le même moment, occasion d'écrire au Secrétaire général, le docteur Riant, de Paris, je lui soumis aussi la même question et voici la réponse qu'il me fit :

« La question est absolumont tranchée dans le sens suivant :

« La dernière maladie, pour le paiement des « frais de laquelle l'art. 2101 du Code civil ac- « corde un privilège, s'entend exclusivement de « la maladie à laquelle le débiteur a succombé.

« Par suite, lorsqu'un individu en faillite ou en « déconfiture a fait, avant la cessation de ses paie- « ments, une maladie dont les frais sont restés « impayés, il n'y a lieu d'admettre comme privi- « légiées ni la créance du médecin, pour ses ho- « noraires, ni celle du pharmacien pour ses four- « nitures de remèdes.

« La question est si bien tranchée que, depuis « 1864, on ne rencontre plus aucune décision im- « portante de justice sur ce point, ce qui démon- « tre qu'on ne le soulève plus, ou que si on « le soulève, on échoue. »

Ainsi, Messieurs, jusqu'au jour de la revision de la loi de l'an IX, soyons moins négligents de nos intérêts et veillons à ce que nos rentrées se fassent en temps opportun ».

REPORTAGE MÉDICAL

Un singulier personnage. — Nous empruntons à l'*Echo Douaisien* l'amusant récit qui suit :

On pouvait lire naguère, et l'on peut lire encore affichée dans les salles de garde des hôpitaux de Paris une note conçue à peu près dans les termes suivants :

(Je garantis l'exactitude textuelle des passages imprimés en italiques),

« Mes chers camarades,

» Voulez-vous reprendre ma clientèle ? Elle est superbe et je ne vous demanderai pas cher.

» Pourvu que vous soyez interne ou interne provisoire, nous arriverons facilement à nous entendre.

« *Il y a autour de moi de nombreux médecins tous plus incapables les uns que les autres.*

Il s'agit de prendre une place que je ne veux pas laisser à aucun de mes confrères que je considère comme incapables.

» Réponse à Douai au docteur Auguste. »

Eh bien ! Auguste, ce n'est pas juste. Vous avez l'air de poser pour un aigle égaré parmi les buses, ça n'est pas précisément gentil pour vos confrères.

Flattés dans leur amour-propre, les honorables praticiens douaisiens ont répondu comme il convenait aux grossièretés du Monsieur.

Ils proclament, à l'unanimité, qu'ils refuseront à l'avenir d'avoir toute espèce de rapports d'affaires, — je veux dire médicaux, — avec M. le Dr L.

Mais celui-ci veut avoir le dernier mot :

Il écrit au journal :

« Il n'y aura rien de changé dans ma situation vis-à-vis des médecins civils de Douai.

» Car, élève des hôpitaux de Paris et des professeurs Léon Labbé, Anger, Schwartz, Grancher, Charcot, Bucquoy, élève des laboratoires d'histologie et du laboratoire de Broca (hautes études) de Paris, j'ai l'habitude de ne demander en consultation qu'un des professeurs de Paris... »

Auguste, mon ami, vous préparez une belle existence au successeur de vos rêves.

En voilà un qui a des chances pour être bien reçu !

Tout de même, ça doit être joliment agréable d'être appelé en consultation avec vous.

Et instructif, donc ! et honorifique, par-dessus le marché ! etc..

O. DE LA DEULLE.

Cours de gynécologie. — M. AUVARD commencera, à sa clinique privée (15, rue Malebranche), le jeudi 12 novembre, à 4 heures, un cours public et gratuit de gynécologie.

Ce cours aura lieu les mardi, jeudis et samedis, à la même heure. Le cours sera complet en un mois et demi. Se faire inscrire, 15, rue Malebranche.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le Dr MIORCEC, de Brest, membre du Concours médical.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Viennent de paraître :

La vingt et unième livraison des Sciences biologiques contient une leçon très pratique et très originale sur les Lichénifications de la peau et les Névrodermites, par le Dr L. Brocq, médecin de l'hôpital Saint-Louis, ainsi qu'un article sur la gymnastique et les divers sports actuels, par le Dr Roblot. Prix de la livraison franco ; 1 fr. 25.

L'Inde de Sir John Strachez, préface et traduction du Dr Jules Harmand, ministre plénipotentiaire, bel in-8° avec carte en couleur. Prix : 10 francs, net 8 francs franco pour MM. les membres du Concours médical.

Ce nouveau volume de la bibliothèque de voyages de la *Société d'Editions scientifiques* dû à la plume d'un de nos confrères (on sait que Harmand, l'explorateur si connu, est docteur en médecine), est le meilleur ouvrage publié sur l'Inde. Nous le signalons très particulièrement à l'attention des lecteurs qui suivent le mouvement géographique et colonial.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Treizième année N° 45 7 Novembre 1891

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE

DES

Membres du Concours Médical et de l'Union des Syndicats.

Chers Confrères,

Le Conseil de direction du *Concours médical* et le Bureau de l'*Union* ont fixé la date de leur Assemblée générale.

Elle aura lieu le *Dimanche 22 novembre, à 2 heures, au Grand-Hôtel, et le Banquet à 7 heures.*

Des questions importantes seront soumises à vos délibérations ; vous comprendrez combien votre présenee est néeessaire et nous vous prions de venir, en grand nombre, assister à ces délibérations. On fait souvent appel à l'initiative privée. Toutes les œuvres de nos deux Soeiétés ont eette origine.

Nous comptons que vous ferez tous vos efforts pour vous joindre à nous. Vous êtes invités à nous écrire sans retard les questions que vous désireriez voir figurer à l'ordre du jour, et à nous informer de votre présence, pour que nous puissions prendre les mesures néeessaires pour la *Réunion* et le *Banquet.*

Pour les Bureaux do l'Union et du Coneours,

Le Directeur, A. CÉZILLY.

Séance du Conseil de Direction du 27 octobre.

Le Conseil s'est réuni le mercredi 27, à une heure ; étaient présents : MM. Cézilly, Gassot et Maurat ; absent et excusé, M. le Dr Gibert. Après lecture du procès-verbal de la précédente séance et lecture de la correspondance, on expédie diverses affaires courantes. Le Conseil procède ensuite à l'examen des comptes annuels de la Société civile et de la Caisse de prévoyance ; puis il établit les comptes du Budget des dépenses et recettes de 1890 et ensuite le Budget de 1891 à soumettre à la prochaine assemblée. Il s'entretient ensuite de la question de *l'indemnité de maladie* et des propositions à faire à l'Assemblée. On donne lecture des rapports à publier par les Conseils de *Direction*, d'*Administration* et de *Rédaction*.

Le Conseil fixe la date, le lieu et les heures des deux séances de l'Assemblée générale et du Banquet qui suivra celle-ci. Il décide, en outre, que les membres du Conseil se réuniront le dimanche, 22 novembre, à 10 heures du matin, au Bureau du journal, pour prendre les dernières dispositions au sujet de l'Assemblée générale.

Rapport du Conseil de Direction.

Le compte rendu annuel que nous avons pris l'habitude de présenter chaque année quelque temps avant notre Assemblée générale, aux membres du Concours médical, a un triple but : leur rendre compte de l'exécution des mesures décidées dans l'Assemblée générale de l'année précédente ; leur rappeler d'une façon sommaire les principaux faits de l'année, pour les soumettre à leur jugement ; et enfin les entretenir de l'état présent des diverses œuvres de notre Société.

Ces communications auraient un résultat si, comme nous l'espérons, elles suscitaient les observations, les critiques, les propositions d'un

certain nombre de membres du Concours ; propositions qui feraient l'objet de discussions utiles à notre réunion prochaine. Le *Conseil de Direction* sollicite en conséquence observations, critiques, propositions.

Comme le demandent les statuts, le conseil s'est réuni en 1891 à diverses reprises, et a consacré ses séances à l'examen des questions courantes, tantôt d'intérêt général, souvent d'intérêt privé, qui lui ont été soumises. Il s'est efforcé de les résoudre au mieux des intérêts de tous et il y a souvent réussi.

Vous n'avez donné, dans votre Assemblée générale du 9 novembre 1890, qu'une seule mission, bien précise, à votre Conseil de Direction. Vous avez caractérisé cette mission en décidant que la plus grosse part de nos fonds, disponibles en 1891, serait consacrée à l'organisation de l'*indemnité de maladie entre médecins*, en allouant 10 fr. d'indemnité journalière pendant un maximum de trois mois, soit 1200 fr., qui seraient de nouveau versés au médecin, s'il est invalide plus d'une année et pendant toute la durée de son invalidité. Mais vous décidiez également que cette œuvre devait se faire par l'*Association générale*, avec une caisse unique centralisée à Paris.

En conséquence, le Conseil a dû, après avoir fait les dépenses de propagande utiles, attendre l'Assemblée générale de l'Association. Vous savez qu'après des délibérations assez confuses, cette réunion a décidé qu'il fallait s'assurer que le gouvernement de la République ne mettrait pas obstacle à cette distribution de l'indemnité de maladie, à cause de quelques privilèges accordés à notre Association de prévoyance et de secours mutuels par le gouvernement de l'Empire. Nous avons le ferme espoir que cette démarche, décidée en avril, a déjà été accomplie par le *Conseil général* et qu'il a obtenu une réponse favorable. Elle est d'ailleurs forcée, puisque, chaque année, le ministère de l'intérieur adresse à tous les présidents des *Sociétés locales* un questionnaire dans lequel se trouve ceci : *Quel est le taux de l'indemnité de maladie que votre Société distribue à ses adhérents* ?

D'avril à aujourd'hui, il s'est écoulé huit mois et nous n'avons encore aucun renseignement sur le résultat de cette consultation. Il serait bien fâcheux que la réponse ne vînt, comme d'habitude, que trop tard pour que les Sociétés locales puissent encore une fois être consultées.

De notre côté, le journal a continué ses études de l'œuvre et publié les résultats de l'*Association médicale mutuelle de la Seine*. Cette *œuvre de l'indemnité de maladie*, introduite il y a plusieurs années par le *Concours médical* et la Société locale de l'*Oise*, n'a pas fait un seul pas depuis cette époque. Nous déclinons toute la responsabilité de ces retards ; mais il faudra aboutir et c'est du temps passé en pure perte ; espérons que ce n'est pas une fin de non recevoir formelle ! !

S'il en était ainsi, le Conseil de Direction ferait appel à tous ses amis du Concours médical et, s'il était nécessaire, comme nous l'écrivait un de nos excellents confrères, *de faire une démonstration en nombre*, nous avons, nous aussi, la conviction que tous se serreraient autour de lui, pour mettre l'Association en demeure de renoncer pour jamais à des tergiversations sans excuse. Nous aurons, à ce sujet, à nous entretenir des propositions des Sociétés de la *Gironde* et des *Vosges*.

Si votre conseil a éprouvé une vive déception en voyant encore pour une année, cette question ajournée, il a eu, d'autre part, une satisfaction lorsque la *Loi Chevandier*, préparée par le *Concours médical* de 1881, de concert avec l'honorable député, a été enfin votée par la Chambre. Vous avez tous présents à votre souvenir la manifestation faite, avec quelque éclat, par notre Société, en l'honneur de M. *Chevandier*, avec les fonds souscrits par les membres du *Concours* et par les *Syndicats*.

Ce résultat de 10 années de persévérance n'est pas encore complet. Il faut que le Sénat consacre l'œuvre de la Chambre des députés, et ici encore il faudra nous armer de patience. La consultation des conseils généraux, au sujet de l'*officiat* décidée par la commission du Sénat, a donné les chiffres suivants : Environ 65 conseils réclament la suppression ; 21 le maintien. Par conséquent, une majorité s'est faite dans cette commission et le rapporteur conclura à la suppression. Mais c'est à peine en janvier prochain qu'on peut espérer la nomination d'un rapporteur et la rédaction de son rapport. Viendra ensuite la discussion au Sénat et plus tard celle de la Chambre. Que de délais à prévoir !

Le *Banquet Chevandier* est un des faits saillants des actes de notre société en 1891 ; il n'a pas tenu à nous d'aider l'Association générale à l'organisation de *l'indemnité de maladie* par notre propagande active et dévouée. Toutes les œuvres de prévoyance ont nos plus ardentes sympathies. Nous n'avons pas épargné nos efforts en faveur de la *Caisse des pensions de retraite* fondée, il y a bientôt 7 ans, par le *Concours médical*. Le *Journal* et le *Bulletin des Syndicats* lui font une annonce permanente, et nous ne laissons échapper aucune occasion de lui amener des adhérents ; d'autre part, le vice-président M. Lande et M. le Dr Delefosse, secrétaire général, lui prodiguent leurs soins. La Caisse possédait, le 5 avril 1891, trois cent trente mille francs. Elle atteindra bientôt quatre cent mille. Quelle merveille que l'Association qui a permis à deux ou trois cents médecins de réunir ce capital en 6 années ! A quel chiffre se serait-il élevé si les milliers de membres du *Concours* avaient tous voulu faire le sacrifice des 8 fr. mensuels de la *cotisation type*, pour la pension de 1,200 fr. à 60 ans. Mais, hélas ! ce n'est pas par l'esprit d'association, par le goût de l'assurance, qu'on brille chez nous !

Le conseil de direction s'est appliqué à mettre en relief le mérite des Associations syndicales. Le *Journal* signale sans cesse leur valeur et leurs progrès, et le *Bulletin des syndicats* a consigné régulièrement, chaque mois, les actes de ces Sociétés créées par le *Concours Médical*.

La *Caisse de prévoyance* des assurés sur la vie, s'est enrichie d'une assez grosse contribution cette année et le *capital de la Société civile* a continué ses progrès constants.

La *Société de protection des victimes du devoir médical* est pourvue de patrons influents et des sommes nécessaires pour venir en aide aux victimes de notre profession qu'on voudrait lui signaler, à la condition seulement qu'elles relèvent des statuts, qui déterminent les caractères spéciaux de ce dévouement au devoir. Dans le cas contraire, les infortunes à soulager relèvent

de l'Association générale, Société de secours.

Le Conseil de direction serait heureux s'il pouvait, dans son rapport de l'année prochaine, vous dire : la *Loi Chevandier* est consacrée par le Sénat ; désormais les *Syndicats médicaux* ont une existence légale ; l'*indemnité de maladie* est en pleine organisation.

Puisque nous avons attendu 10 ans la *loi Chevandier*, nous pouvons attendre aussi et longtemps ces divers objets de nos vœux, et ce ne seront pas les matières qui manqueront au *Conseil de direction* pour utiliser l'appui que tous les membres du Concours prêtent à ses efforts.

Une question vitale pour les médecins va s'élever au premier jour ; le projet de loi sur l'*Assistance publique dans la France entière.* Il n'en est aucune, même celle de la *Revision*, qui puisse lui être comparée, puisque sur dix de ses clients, le médecin compte deux ou trois indigents qui ne sont soulagés presque que par lui et à peine secourus par leurs concitoyens.

Il est un autre gros projet de loi : la *Revision des lois sur la pharmacie*, qui contient des articles inacceptables pour le médecin.

Sur ce sujet encore, l'intervention du *Conseil de Direction* devra sûrement s'exercer.

Nous espérons, chers confrères, que le 22 novembre, en Assemblée générale, vous voudrez nous prêter le précieux appui de votre présence et de vos avis.

Forts de vos décisions, les membres du Conseil de direction consacreront l'année 1892 à faire triompher, si possible, les décisions que vous aurez prises. Pour unique témoignage de votre satisfaction, ils vous prient de propager les idées de la société du Concours médical et vous répètent, encore une fois, qu'un adhérent conquis à nos vues est un élément capital des succès qu'il s'efforcera d'obtenir dans nos revendications professionnelles et dans les recherches de tout ce qui peut améliorer le sort du praticien.

RAPPORT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Situation financière de la Société civile du Concours médical au 1er octobre 1891.

CAPITAL NON DISPONIBLE

Au 1er octobre 1890, l'avoir non disponible de notre Société se décomposait ainsi :

Portefeuille	32.410 50
Espèces	370 89
TOTAL	32.781 39

Depuis cette époque, 70 adhésions nouvelles à la Société ont produit une somme de ... 617 60
versés à notre caisse par le Dr Cézilly et représentant la première année d'abonnement au journal *Le Concours médical* de membres nouveaux.

Au cours de l'année, il a été acheté pour le compte de la Société, une obligation communale 1860, n° 89.947 au prix de ... 506 50

Notre capital inaliénable au 1er octobre 1891 se décompose donc ainsi :

Portefeuille	32.917 »»
Espèces	481 99
TOTAL	33.398 99

CAPITAL DISPONIBLE.

Actif.

Au 1er octobre 1890, l'avoir disponible était de	522 83
Depuis cette époque, notre portefeuille, déduction faite des droits de garde et de timbre, a produit	1.032 15
Il a été reçu, dans le cours de l'année, en dons divers publiés au journal	201 00
TOTAL	1.755 98

Passif.

Frais supplémentaires du banquet de 1890	1.012 75
Jetons de présence et déplacements	146 00
Souscription Chevandier	100 00
Dépenses diverses	63 25
TOTAL	1.322 00
Balance en faveur de l'actif	433 98

Ce qui porte l'avoir total de notre Société à :

Capital inaliénable	33.398 99
Capital disponible	433 98
TOTAL	33,832 97

PROJET DE BUDGET POUR 1891-92.

Actif.

Avoir disponible	433 98
Revenu du portefeuille, environ	1.050 00
Dons probables	316 02
TOTAL	1.800 00

Passif.

Frais supplémentaires du Banquet	800 00
Jetons de présence et déplacements	400 00
Affectations à proposer en séance	600 00
TOTAL ÉGAL	1.800 00

CAISSE DE PRÉVOYANCE DES ASSURÉS SUR LA VIE.

Au 1er octobre 1890:

Portefeuille	8.214 90
Espèces	308 22
TOTAL	8.523 12

Actif.

Depuis cette époque il a été touché : Coupons échus	284 49
Ob. foncier 77, n° 258.848, sortie au tirage de janvier 1891, a produit	396 70
Le Dr S., débiteur de la caisse dont il est membre participant, a remboursé	100 00
Le *Phénix* a versé pour assurances contractées et pour solde de tout compte	1.034 55
TOTAL	1.815 74

Passif.

Prêté au Dr S., assuré participant.	400 00
Balance en faveur de l'actif	1.415 74

Sur cette somme il a été acheté :

1 ob. foncier 77, n° 473.149	394 00
2 ob. communales 1860, nos 20.880, 1re série, 60.956 ; 1/5 ob. communale 1860, 1re coupure, n° 47.043	1.114 40
TOTAL	1.508 40

L'avoir de la caisse de prévoyance des assurés sur la vie se décompose donc ainsi au 1er octobre 1891 :

Portefeuille	9.326 60
Espèces	215 56
Créance sur un membre participant	300 00
TOTAL	9.842 16

Le Trésorier,
Dr MAURAT.

Rapport du comité de Rédaction.

Comme à l'ordinaire la Rédaction du Concours vient demander à ses lecteurs un *satisfecit* pour son labeur de l'année, en dégager les lignes principales et solliciter pour l'avenir des encouragements et des conseils, s'il y a lieu.

Nos collaborateurs bénévoles ne nous ont pas laissés sans preuves nouvelles de leur activité scientifique que n'éteignent pas leurs fatigues professionnelles. Parmi eux, vous avez retrouvé des noms aimés.

C'est M. LÉCUYER (de Beaurieux), qui nous rapporte une observation de *typhlite stercorale, suivie d'invagination* et qu'il réussit à guérir ;— une autre de *hernie* pour laquelle il établit un *anus contre nature*.

M. BITTERLIN (de Baume-les-Dames) nous a parlé d'*une hématocèle rétro-utérine*, formant tumeur dans la région ovarique et qu'il guérit par ponction vaginale, d'un *cas médico-légal relatif à l'infanticide*.

M. DAVID (de Sigean) guérit *par suggestion une hémi-contracture datant de huit mois*.

M. LANGLAIS (de Pontivy) nous a révélé quelques *méfaits* de *l'arthritisme*, après nous avoir retracé le tableau clinique des *congestions pulmonaires arthritiques*.

M. REIGNIER (de Surgères) nous a trié, parmi les faits de sa pratique si active et si hardie, ceux qui attestent le mieux son désir de contrôler les découvertes annoncées plus ou moins pompeusement à l'étranger : s'il a échoué dans une tentative de *traitement de la phthisie par le cantharidate*, il a guéri un néoplasme par la *pyoctanine* ; il a montré l'importance de l'*alimentation forcée dans le traitement du tétanos*. S'il ne se range pas à l'avis de notre collaborateur Lepage sur les dangers de l'*ergot en obstétrique*, il défend son opinion avec verve.

On a lu avec grand intérêt les originales vues de pathogénie et de thérapeutique qu'a inspirées au Dr MORET (de Marengo, Algérie) dix ans *d'études sur la fièvre palustre*.

M. MORICE (de Néris) nous a tenu au courant de plusieurs des *sujets d'hygiène*, qui ont été agités devant la Société de médecine publique.

Nous ne pensons pas être contredits en affirmant qu'il est impossible de traiter avec plus d'esprit et de tact que M. GRELLETY tant de sujets de *feuilletons* où la médecine et les médecins sont en jeu. C'est un régal et un délassement de le lire.

Je dois les mêmes éloges que l'année passée à nos collaborateurs ordinaires, en première ligne desquels vient naturellement M. LEPAGE, qui s'affirme de plus en plus comme un érudit en *obstétrique* et comme un écrivain des mieux doués, défendant avec autorité les doctrines de son maître le professeur Pinard.

Les articles de chirurgie anonymes ont été rédigés par un jeune chirurgien de la bonne école.

M. E. DESNOS nous a continué sa collaboration pour les *maladies des voies urinaires*.

Celui qui écrit ces lignes s'est efforcé de continuer à satisfaire nos lecteurs, en traitant divers sujets qui lui étaient désignés. Dans la composition des numéros il s'est donné surtout pour tâche de ne laisser à l'écart aucune des questions importantes dont le public médical s'est inquiété. Ainsi, parmi les sujets qui ont passionné le plus l'opinion pendant cette année, il faut placer au premier rang le *traitement de la tuberculose*. Aussi avons-nous soigneusement entretenu nos lecteurs des diverses communications qui ont été faites sur ce sujet en France et à l'étranger.

On peut dire que, depuis longtemps, pareils efforts n'avaient été tentés pour aboutir à ce résultat si enviable et qui serait un si immense bienfait pour l'humanité : posséder un moyen de guérir sûrement la tuberculose. Bien que ce ne soit pas ici le lieu d'écrire cette page de l'histoire de la médecine, je ne puis me dispenser de retracer en quelques mots les nouvelles à sensation et les fluctuations de l'opinion que je viens de voir défiler devant mes yeux en feuilletant les pages de cette année du journal.

C'est peu après notre dernière réunion annuelle que R. KOCH stupéfiait l'univers par l'annonce des merveilles qu'il promettait avec sa *tuberculine*. Vous savez quel engouement inouï se manifesta, dans beaucoup de pays, pour ce remède tenu si longtemps secret par des motifs qui n'ont jamais été expliqués d'une manière satisfaisante. Notre pays ne partagea pas l'engouement universel ; nos maîtres cependant ne refusèrent pas à faire l'essai loyal de la lymphe mystérieuse et vous savez quel fut leur verdict, bientôt confirmé par l'immense majorité des expérimentateurs de toutes les nations.

Au point de vue de la thérapeutique de la tuberculose, qu'est-il resté de la découverte de Koch ? Rien.—Et cependant, qu'on ne s'y trompe pas, cette découverte mérite de tenir une place importante dans l'histoire des sciences biologiques ! La tuberculine est la première des substances fabriquées par les microbes qu'un médecin ait pu isoler et manier dans un but thérapeutique. C'est la première fois qu'on ait pu créer à volonté ce phénomène dont la genèse a toujours si vivement préoccupé le biologiste, la fièvre ; c'est le plus puissant des vaso-dilatateurs connus que Koch a tiré des cultures du bacille tuberculeux.

Et, saisissant habilement ce qu'il y avait de fécond dans les recherches de R. Koch, notre maître M. *Bouchard* et notre collègue *Charrin* ont à leur tour isolé des cultures d'un microbe considéré jusqu'ici comme une simple curiosité de laboratoire, le microbe du pus bleu, le bacille pyocyanique, une substance qui produit l'effet diamétralement opposé à celle de Koch ; la pyocyanine est un type de vaso-constricteur, et M. Bouchard vient de nous apprendre qu'on peut se servir de l'*anectasine*, comme il l'appelle, pour arrêter certaines hémorrhagies.

Après l'échec du remède de Koch, l'Allemagne nous offrit encore le *cantharidate de potasse* préconisé par *Liebbreich*, mais qui n'a même pas eu une vogue éphémère. Cependant, en France des tentatives plus pratiques et moins bruyantes

étaient réalisées : M. *Lannelongue* nous faisait connaître dans les *injections sous-cutanées de chlorure de zinc* un moyen de provoquer autour des tuberculoses *locales* une zone de sclérose capable d'amener l'enkystement et la mort des bacilles, par suite la guérison de certaines arthrites, ostéites et adénites tuberculeuses. Cette méthode restera, nous le pensons, et rendra de grands services ; elle n'est malheureusement pas applicable à la tuberculose pulmonaire.

Mais la *créosote*, qui conserve toujours un rang éminent parmi les substances anti-bacillaires, a été de nouveau l'objet d'études : les *injections sous-cutanées d'huile créosotée* ont été perfectionnées dans le manuel opératoire par *Gimbert* et *Burlureaux*.

Picot (de Bordeaux) tient pour les injections de *gaïacol iodoformé*; notre collègue du Concours, M. *Nadaud* (d'Angoulême) nous a fait connaître d'encourageants résultats obtenus par lui avec *l'aristol*. Dans ce court résumé de toutes les communications faites au monde médical sur le traitement de la tuberculose depuis un an, — et j'en passe, sinon des meilleures —, vous retrouvez l'écho de ce que contenaient nos colonnes.

Dans un autre ordre d'idées, s'il s'agit des *intérêts professionnels*, vous avez trouvé dans le journal tous les éléments qui permettent à nos lecteurs de se faire une opinion sur la question de l'*organisation de l'Assistance publique dans les campagnes*, question si importante pour le corps médical.

Vous savez avec quelle joie nous avons célébré le triomphe à la Chambre des députés de la *loi Chevandier*. Nous espérons bien que le Sénat va lui aussi la voter, cette loi si longtemps attendue, et nous ne ménagerons pas alors nos éloges à M. le sénateur Cornil qui y aura contribué.

Si nous avons confiance dans votre verdict sur la manière dont nous avons employé notre année pour vous renseigner, vous instruire et vous récréer, nous n'avons cependant pas la fatuité de penser que nous avons atteint la perfection dans la rédaction. Bien au contraire, nous songeons, de concert avec la direction, à améliorer notre œuvre dans l'année qui va s'ouvrir, et à ne rien négliger pour faire du *Concours médical* un organe de plus en plus lu par les praticiens, parce qu'il leur sera de plus en plus utile dans leur pratique.

Le secrétaire de la rédaction,
Dr P. Le Gendre.

LA SEMAINE MÉDICALE

Utilité thérapeutique des sels de strontiane.

Au mois de juillet dernier, M. *Laborde* présentait à l'Académie une étude physiologique très complète sur les sels de strontiane et attirait l'attention sur les bénéfices que la thérapeutique pourrait en obtenir. Nous avons publié dans notre numéro 31 les conclusions du mémoire de M. Laborde. Il en découlait que, malgré la parenté chimique de la baryte et de la strontiane, ces deux corps exercent sur l'organisme des effets bien différents ; la baryte est très toxique à faibles doses (à 5 milligrammes), la strontiane l'est à peine. Celle-ci paraît provoquer chez les animaux une augmentation des phénomènes de nutrition et d'assimilation et de la diurèse. Elle est bien supportée par le tube digestif de l'homme et les sels de strontiane sont acceptés parfaitement à des doses où les sels similaires de potasse ne le sont pas.

La strontiane aurait encore une action antiputride, parasiticide et tœnicide. M. Laborde signalait plus spécialement le phosphate de strontiane comme reconstituant et le lactate de strontiane comme favorable à l'excrétion urinaire et clarifiant les urines.

M. *A. Gautier* insistait dès ce moment sur la nécessité de n'employer que des sels de strontiane chimiquement purs, c'est-à-dire débarrassés de toute trace de baryte, ce qui n'est pas dans le commerce où les sels de strontiane sont presque toujours mélangés de sels de baryum. Or, les sels de strontiane ont été employés par les marchands de vins pour opérer le déplâtrage, depuis que les réglements de police inspirés par l'Académie et le Conseil d'Hygiène ont interdit l'emploi des sels de baryte pour cette opération.

Voilà où en était la question, qui vient d'être mise à l'ordre du jour par M. G. Sée à l'Académie, par MM. Dujardin-Beaumetz et C. Paul à la Société de thérapeutique.

C'est l'action du BROMURE DE STRONTIUM DANS LES AFFECTIONS DE L'ESTOMAC qui a surtout occupé M. *G. Sée*. — En vérifiant sur l'homme l'action diurétique de la strontiane, observée par M. Laborde sur les chiens, il a reconnu que cette propriété n'existe pas, même dans les cas où la diurèse est le plus facile à provoquer, mais que les brightiques et les cardiaques, dont les fonctions digestives sont si souvent troublées, subissent sous cette influence un amendement des plus marqués ; il essaya alors dans les maladies de l'estomac l'emploi du bromure de strontium à la dose de 2 à 4 grammes à prendre pendant les trois repas. Sur 32 dyspeptiques, la plupart hyperchlorhydriques, avec ou sans dilatation de l'estomac, il a obtenu des modifications favorables rapides et quelques guérisons totales ; il a été frappé surtout de la diminution des gaz.

Le strontium a paru agir contre les fermentations acétique et lactique, surtout contre les gaz de décomposition. Dans 6 cas, cependant, dont un de vomissements nerveux, il y a eu un échec complet, tandis que l'extrait de cannabis a été favorable.

Le bromure de strontium a été essayé aussi par M. Sée contre la maladie de Bright et l'épilepsie. Dans cette dernière maladie, le bromure de calcium est au moins équivalent comme anti-épileptique et comme stomachique. Enfin l'IODURE DE STRONTIUM pourrait être substitué avec avantage à l'iodure de potassium dans le traitement des MALADIES DU CŒUR.

M. *Laborde* est heureux que les observations cliniques de M. G. Sée confirment les présomptions physiologiques qu'il a établies sur l'action des sels de strontium. Ainsi que l'a également montré cliniquement M. *Féré*, le premier, le bromure de strontium à la dose de 9 grammes constitue un excellent eupeptique et un antinerveux des plus utiles dans l'ÉPILEPSIE.

A la Société de thérapeutique (28 octobre), M. *Dujardin-Beaumetz* a traité des effets du LACTATE DE STRONTIANE DANS L'ALBUMINURIE. Il rappelle que M. *Féré* a employé le bromure de strontiane chez les épileptiques et en a retiré les mêmes avantages que des bromures alcalins ; il est même sensiblement mieux toléré que ceux-ci

par l'estomac, et, ainsi que l'a démontré M. Sée, les sels de strontiane favorisent les digestions stomacales.

M. *C. Paul* a constaté avec les sels de strontiane, chez les individus albuminuriques, la disparition presque complète de l'albumine dans les urines.

C'est ce fait que M. Beaumetz a cherché à vérifier. Il a donné le lactate de strontiane à cinq malades de son service dont l'albuminurie avait une origine très diverse, les uns atteints de mal de Bright, les autres d'altérations cardiaques. Chez tous, au bout d'un temps qui a varié de un à quatre jours, il a obtenu la réduction de l'albumine exactement à la moitié de son taux primitif.

« Ces résultats n'ont pas laissé, ajoute-t-il, que de me surprendre. Nous savons aujourd'hui que dans le mal de Bright l'importance du régime est considérable. La proportion d'albumine qui passe à travers le filtre rénal est relativement secondaire pour nous. Ce qui importe, c'est que le filtre demeure perméable. On voit fréquemment des malades rendant journellement des quantités considérables d'albumine, vivre longtemps, alors que d'autres qui ne rendent que des quantités excessivement faibles d'albumine, à peine appréciables par les procédés de recherches les plus délicats, meurent brusquement. Ils meurent urémiques, empoisonnés par les toxines, que le filtre rénal ne laisse plus passer.

Aussi, aujourd'hui, notre traitement de l'albuminurie consiste-t-il surtout à restreindre la proportion de toxines introduites dans l'alimentation, en prescrivant le régime végétarien, à assurer l'antisepsie intestinale par les agents dont nous disposons aujourd'hui, et enfin à favoriser la suppléance des diverses voies d'élimination, par les purgatifs, les diurétiques, les sudorifiques.

Dans ces conditions, comment expliquer l'action si inattendue des sels de strontiane ? Il est probable qu'ils agissent en favorisant la digestion stomacale, comme l'annonce M. Germain Sée, en créant, en un mot, des conditions de bon fonctionnement, dans lesquelles les toxines produites sont réduites au minimum. »

M. Beaumetz a prescrit à ses malades, en même temps que la strontiane, le lait et des œufs. La question des œufs, si longtemps controversée, est aujourd'hui jugée : leur usage n'influe en rien sur la production de l'albumine. Il existe malheureusement une expérience de Claude Bernard, dans laquelle le grand physiologiste a cru constater que l'albumine des œufs se transformait en albumine du sang ; la gloire de Claude Bernard est assez solide pour ne pas souffrir de la constatation d'une seule expérience défectueuse.

Quant à la forme pharmaceutique adoptée pour l'emploi des sels de strontiane, comme M. C. Paul, M. Beaumetz emploie une solution de 50 gr. de lacto-strontiane dans 250 gr. d'eau et en ordonne une cuillerée à bouche matin et soir, ce qui fait à peu près 6 gr. par jour.

En résumé, suivant M. Beaumetz, nous nous trouvons, dès à présent, en possession d'un médicament précieux, à action sûre en même temps qu'inoffensive. Il faut maintenant que la pharmacie se mette en mesure de fournir des sels de strontiane *purs*, puisque ce sont les seuls dont on puisse faire usage, ceux qui sont adultérés par la présence de baryte étant toxiques.

M. Dujardin-Beaumetz ajoute que la diminution obtenue par l'emploi des sels de strontiane a été exactement et invariablement de moitié de la quantité primitive : les malades qui donnaient 1 gr. d'albumine par jour n'en ont plus donné que 0 gr. 50. Mais il n'a pas été possible de faire tomber l'albumine au-dessous de cette proportion et jamais on n'a obtenu la disparition complète. La quantité d'urine émise a été peu modifiée ; enfin, il faut ajouter que l'albumine a réapparu du jour où l'on a cessé l'emploi de la strontiane.

M. *Bucquoy* a déposé dans le même sens.

Sur la transformation des virus, à propos des relations qui existent entre la variole et la vaccine.

M. *Chauveau* a fait à l'Académie une communication à laquelle ses travaux antérieurs donnent toute autorité. De tous côtés la lutte contre la variole est engagée avec la plus grande énergie, et cette lutte ne tend à rien moins qu'à faire disparaître complètement ce fléau à l'aide de la vaccination. Les résultats obtenus sont déjà des plus remarquables dans les pays où la loi arme suffisamment les pouvoirs publics pour imposer au besoin les bienfaits du vaccin. Il ne faut pas laisser compromettre le succès de cette campagne par la croyance à la facilité de la transformation du virus varioleux en virus vaccinal. Qu'on sache bien que ce serait le virus lui-même que l'on propagerait dans l'espèce humaine, si l'on pratiquait la vaccination avec la lymphe variolique empruntée au bœuf ou au cheval.

Sans doute, les deux virus sont très proches parents. Sans doute il est légitime d'admettre qu'ils dérivent l'un de l'autre ou d'une souche commune. Mais *actuellement* ce sont deux espèces également distinctes et irréductibles en une seule par les artifices de l'expérimentation.

La Commission lyonnaise a démontré que le bœuf et le cheval prennent parfaitement la variole, quand on la leur inocule ; mais elle a prouvé aussi que ces animaux rendent à l'homme la variole telle qu'ils l'ont reçue de celui-ci.

Le bœuf ou le cheval *variolés* sont prémunis contre la *vaccine*, de même que l'homme *vacciné* est prémuni contre la *variole*. Voilà encore un des résultats obtenus par la Commission lyonnaise. Mais cette action prophylactique réciproque ne saurait, en aucune manière, être considérée comme une preuve de l'identité des deux maladies. Chez l'animal comme chez l'homme, mieux même que chez l'homme, elles gardent l'une et l'autre leurs caractères spécifiques.

Sur le bœuf, en particulier, les phénomènes locaux déterminés par l'inoculation variolique consistent en une simple éruption *papuleuse* qui fait toujours le plus frappant contraste avec l'éruption *pustuleuse* typique qu'engendre l'inoculation vaccinale. Il n'est pas possible de confondre les caractères de ces deux éruptions. Aussi l'inoculation aux animaux de l'espèce bovine constitue-t-elle un excellent critérium pour s'assurer si une lymphe donnée contient du virus vaccinal. Critérium infaillible bien préférable à l'inoculation sur l'homme, chez qui les deux virus produisent des effets locaux identiques ; en sorte que, si les effets généraux appartenant en propre à la variole, surtout l'éruption secondaire, viennent à manquer, ce qui peut arriver, il n'est pas possible d'établir entre les deux éruptions le diagnostic différentiel.

Mais, pour obtenir sur le bœuf, avec toute la netteté désirable, les caractères spéciaux aux deux éruptions variolique ou vaccinale, il faut avoir soin de pratiquer les inoculations par piqûres sous-épidermiques ou au moyen de très courtes et très superficielles scarifications. Les longues incisions usuellement employées pour inoculer les veaux, dans les instituts de vaccine animale, enlèvent de la netteté aux caractères spécifiques de chacune des deux éruptions. C'est là sans doute la cause de l'interprétation erronée donnée aux tentatives récentes de transformation de la variole en vaccine par transplantation du virus variolique sur l'organisme du veau.

En tout cas, ayant reçu de MM. Haccius et Eternod (de Genève) un échantillon de la lymphe variolique cultivée sur le veau et que ces observateurs croyaient transformer en lymphe vaccinale, M. Chauveau a fait l'essai de cette lymphe suivant les principes exposés ci-dessus ; or, il s'est assuré, de la manière la plus certaine, que le principe actif contenu dans la dite lymphe est purement et simplement le virus variolique.

La facilité avec laquelle on tend à accueillir le succès prétendu de ces tentatives de métamorphose de la variole en vaccine tient à une confusion que le public établit à tort entre la *transformation* et l'*atténuation* des virus. Les magnifiques résultats obtenus par M. Pasteur avec l'atténuation des virus n'appartiennent pas au même ordre de faits que la métamorphose de la variole en vaccine. Celle-ci, en effet, n'est pas une forme atténuée de celle-là.

Le propre des *virus atténués* que la main de l'homme a fabriqués, c'est de pouvoir reprendre, *parfois* naturellement par restitution atavique spontanée, *toujours* par artifice expérimental, les propriétés premières dont ils avaient été destitués. Or, *jamais* le virus vaccin, depuis un siècle bientôt qu'on l'inocule chaque année sur des milliers d'individus, n'a donné l'occasion de constater une fois qu'il fût capable d'engendrer la variole.

Le virus vaccinal dérive peut-être du virus variolique, mais celui-ci est alors si bien fixé dans ses propriétés nouvelles qu'il ne peut plus revenir à sa malignité primitive. Le vaccin n'est donc pas un simple *virus atténué*, ce ne peut être qu'un virus absolument *transformé*, autrement dit, un virus nouveau, indépendant, capable de présenter des formes diverses dans son activité, par conséquent apte lui-même à l'*exaltation*, à l'*atténuation*, comme tel ou tel autre virus autonome.

Ainsi, la vaccine ne saurait être considérée comme une atténuation de la variole. Le virus variolique naturel est un *virus fort* ; le virus vaccinal naturel en est un autre. Si la nature a fait ce dernier avec le premier, elle a transformé un *virus fort* en un autre *virus fort*, au lieu de se borner à produire et à fixer un simple affaiblissement des propriétés du virus variolique.

L'échec des tentatives de métamorphose de la variole en vaccine ne doit pas détourner des études tendant à obtenir, soit avec les virus forts, soit avec les virus déjà atténués, de véritables transformations virulentes. Mais la préservation si remarquable que le vaccin *actuellement* différent du virus variolique exerce à l'égard de ce dernier engage aussi à chercher s'il n'existerait pas d'autres virus capables d'exercer ainsi, l'un à l'égard de l'autre, une action prophylactique réciproque. Du reste, il y a déjà quelques faits favorables à cette manière de voir.

De plus, le mécanisme général de l'immunité repose, comme l'a démontré le premier M. Chauveau, sur l'imprégnation de l'organisme par les différents produits de la vie microbienne. Or, la vie microbienne, dans le monde pathogène et saprogène tout entier, obéit aux mêmes lois physiologiques. Elle peut certainement aboutir à la formation de produits plus ou moins rapprochés, sinon même identiques, quoique provenant d'êtres différents. C'est une veine à exploiter. Il sera peut-être possible d'y rencontrer de nouveaux exemples de substances capables de jouer le rôle d'agents prophylactiques à l'égard des microbes pathogènes autres que ceux qui leur ont donné naissance.

M. *Hervieux* ajoute que les résultats expérimentaux de M. Chauveau concordent avec les données de la clinique. En effet :

1° La variolisation en Algérie n'a jamais produit chez les indigènes autre chose que la variole, ainsi qu'en témoignent les nombreux mémoires envoyés chaque année à l'Académie par les médecins militaires ;

2° De même le vaccin emprunté aux espèces bovine et chevaline n'a jamais donné autre chose que la vaccine ; on a pu s'en assurer à l'Académie chaque fois que le vaccin de son service a été renouvelé, soit par le cow-pox, soit par le horse-pox, et transporté sur sa clientèle, quelles que soient les dispositions des jeunes sujets pour les éruptions varioliques ;

3° Quant aux objections relatives aux inoculations vaccinales suivies d'éruption variolique, celle-ci s'explique par la contagion qui a eu lieu, soit avant la vaccination par des malades ou des intermédiaires, soit pendant la vaccination par le vaccinateur lui-même, soit après la vaccination dans l'intervalle qui sépare l'opération du septième ou huitième jour. On a aussi objecté les éruptions vaccinales généralisées, observées aux Enfants-Assistés ; ces éruptions avaient pour caractère principal un exanthème miliaire ou vésiculeux et elles apparaissaient du neuvième au dixième jour après la vaccination ; elles ont paru provenir d'inoculations faites avec du vaccin recueilli sur des enfants en puissance de septicémie.

Manuel opératoire de la circoncision.

Cette opération, qui rentre dans la catégorie des opérations que tout praticien est appelé à faire, a été l'objet de deux mémoires récents, résumés fort clairement par notre ami Delefosse dans son journal les *Annales des Maladies des organes génitaux*.

Le premier mémoire émane de M. G. *Felizet* qui a inventé le procédé suivant qu'il désigne sous le nom de *procédé des trois fils*.

L'enfant étant fixé sur la table, on tire le prépuce en arrière, de façon à découvrir le gland : l'orifice préputial ne tarde pas à céder et le gland suit au prix d'une petite déchirure de la muqueuse, qui, dans tous les cas observés, siégeait au voisinage du frein. On s'assure que l'ouverture est assez large et qu'il n'y a pas d'accidents de paraphimosis à redouter. Le prépuce, rétracté en arrière, représente une collerette épaisse et large en arrière de la couronne.

On traverse la muqueuse à 2 millim. de la couronne, en un point qui correspond au fond du

sillon, avec une aiguille courbe enfilée d'un catgut ou mieux d'un fil de soie, que l'on fait ressortir à 10 millim. au plus, en arrière, à travers la peau du fourreau. On serre *modérément* et on noue. L'anse comprend donc la totalité des éléments du prépuce dans toute sa hauteur. Une anse sur la lèvre médio-dorsale et deux anses à droite et à gauche suffisent.

Le travail de M. *Thiéry* a pour but de développer le principe suivant que nous reproduisons en entier, d'après l'auteur : « Une circoncision totale peut être réputée suivie d'un bon résultat opératoire, lorsque, dans les conditions normales de phimosis congénital, chez un sujet bien portant, les points de suture ou serres-fines peuvent être enlevés à la fin du second jour au plus tard, lorsqu'à ce moment la ligne de réunion, à la solidité près, peut être considérée comme parfaite, sans présence d'aucune souillure, croûtes, pus ou sang coagulé. En d'autres termes, il faut que le chirurgien, examinant le sujet quatre ou cinq jours après l'opération, puisse identifier le résultat à une réunion datant de un ou deux mois et que, quelques mois après l'opération, on ne puisse trouver littéralement aucune trace de l'opération. »

Le résultat est parfait quand la cicatrice est d'emblée mathématiquement linéaire.

M. Thiéry explique ensuite la méthode qu'il suit pour arriver à cet excellent résultat. En cas ordinaire, il ne pratique pas l'anesthésie ; il la réserve pour les malades nerveux : il n'a aucune confiance dans l'anesthésie locale.

L'antisepsie du pansement devra être parfaite : les malades doivent être rasés — bains de siège au sublimé au 1000e prolongés, répétés plusieurs fois par jour, quelques jours avant l'opération ; toilette balano-préputiale avec un pinceau de blaireau, injections intra-préputiales avec solutions de sublimé.

La veille de l'opération, le malade prendra un bain sulfureux. Le malade étant sur le lit d'opération, la verge est isolée au moyen de compresses phéniquées. Stérilisation des instruments à l'eau bouillante et à la solution phéniquée. L'incision totale doit être le procédé de choix chez l'adulte, mais l'auteur rejette : 1° les procédés qui ont pour but d'effectuer du même coup la section de la peau et de la muqueuse ; 2° ceux qui ont pour but de passer les fils à travers la peau et la muqueuse avant la section effectuée de la peau. Ce que l'on doit chercher, ce n'est pas l'incision de tout le prépuce, mais conserver aussi au sujet une collerette préputiale, un prépuce conforme aux règles de l'esthétique.

Le procédé de choix est celui dit de Vidal, considérablement modifié ; il consiste :

1° A attirer le prépuce en avant après avoir déterminé le sillon balanique à l'aide du stylet et, sans s'inquiéter de fixer la muqueuse, à appliquer à ce niveau la pince dite de Ricord ou un clamp ;

2° A opérer la section du prépuce en arrière de ce clamp ;

3° A inciser la face dorsale de la muqueuse, qui presque toujours recouvre encore le gland et à inciser les lambeaux latéraux triangulaires de cette muqueuse ;

4° A pratiquer l'hémostase et la réunion, soit par le procédé des fils, soit par celui des serres-fines.

Inutile et disgracieuse, l'ablation totale du prépuce doit être rejetée : le *desideratum* c'est la conservation d'une collerette préputiale circum-balanique, cachant le sillon et presque la sertissure du gland, résultat que l'on obtient en ne réséquant que la seule portion exubérante du prépuce.

Contrairement à l'avis général, l'auteur pense qu'il faut diriger la pince en sens inverse de la direction de la couronne du gland ; l'on ménage ainsi plus de ligaments dorsaux que de ligaments de la face inférieure : le frein reste en arrière de l'incision.

Soins consécutifs. — Premier pansement, le soir : ablation de la moitié des serres-fines environ, le malade urine ; il devra veiller toute la nuit, songer à la rétention d'urine.

Deuxième pansement le lendemain soir ou le surlendemain matin ; les deux dernières serres-fines sont enlevées ; dans le courant de la journée, le malade se lève. La réunion est parfaite, mais non solide. (*Gazette méd. de Paris.*)

CLINIQUE PÉDIATRIQUE

Trois observations de corps étrangers introduits dans les voies respiratoires.

Les traités classiques sont riches en observations de corps étrangers introduits accidentellement dans les voies respiratoires et la liste des faits curieux de cet ordre s'enrichit chaque jour de cas nouveaux publiés dans les périodiques. Ce n'est pas une raison pour laisser passer sans les mentionner ceux que la pratique met sous les yeux de chacun de nous, pour peu qu'ils présentent quelque particularité relative à la nature du corps étranger, à son mode de pénétration, au diagnostic et au traitement. J'en citerai donc plusieurs qui me sont personnels ; peut-être quelque lecteur aura-t-il un jour profit à s'en souvenir.

I. — *Tube de verre introduit dans les voies respiratoires. Trachéotomie sans résultat immédiat. Issue du corps étranger quelques heures plus tard. Bronchorrhagie et bronchite simple. Guerison.*

Pendant mon clinicat dans le service du professeur Grancher, à l'hôpital des Enfants-Malades en juin 1888, une petite fille de 8 ans, en voie d'asphyxie, fut amenée un jour salle Parrot (1) par une voisine et un gardien de la paix qui ne pouvaient fournir aucun renseignement sur la cause de l'état de suffocation ; ces personnes avaient vu l'enfant s'affaisser dans la rue, les lèvres et le visage bleuâtres, incapable de proférer autre chose que des sons inarticulés, crispant d'une manière désespérée ses mains autour de son larynx. Cependant une enquête rapidement faite auprès des parents et d'un épicier chez lequel l'enfant était entrée avant de se trouver si soudainement malade, permit de reconstituer à peu près ce qui s'était passé. Les parents, en partant pour travailler hors de leur domicile, avaient donné à la petite fille un sou destiné à l'achat d'une tablette de chocolat pour son goûter ; l'en-

(1) Je rédige cette observation sur des notes recueillies par M. le Dr Yersin, le très distingué collaborateur de M. Roux, dans ses travaux sur la diphtérie, et qui remplissait alors avec un zèle extrême les fonctions d'externe à la Clinique des maladies des Enfants.

fant avait préféré faire emplette d'un de ces petits tubes de verre qui contiennent du sirop de Calabre, friandise très recherchée des gamins parisiens. En suçant avec trop d'avidité le sirop, le tube étant entre ses lèvres et non retenu par les doigts, elle avait aspiré à la fois le contenu et le contenant,

Mais, avant que ces détails ne fussent connus, l'interne de garde, M. Mosny, trouva que l'enfant avait du tirage sus et sous-sternal; il ne perçut à l'auscultation aucun bruit permettant de faire admettre l'existence d'un corps étranger dans la trachée ou les grosses bronches ; l'enfant rejetait par sputation et efforts de toux de la salive sanguinolente et du sang spumeux. La trachéotomie fut faite sur-le-champ.

Par la canule, au milieu du sang et de l'écume bronchique, fut rejetée une concrétion fibrineuse représentant le moule de plusieurs divisions bronchiques de petit calibre, mais aucun corps étranger ne fut expulsé. Cependant l'enfant parut soulagée momentanément et passa assez tranquillement la fin de la journée,

Mais, le soir, elle fut prise d'un nouvel accès de suffocation. L'interne de garde, pensant que la canule pouvait être obstruée par des caillots ou des mucosités, s'apprêtait à l'écouvillonner ; puis, craignant de refouler dans la trachée le corps étranger au cas où il se serait engagé dans la canule, il se décida à retirer celle-ci complètement. Il ne le fit qu'avec difficulté et constata, non sans surprise, que dans l'intérieur de cette canule s'était enfoncé à frottement un tube de verre de 6 centimètres de long, arrondi et fermé à l'extrémité postérieure, tandis que l'extrémité engagée dans la canule était irrégulièrement cassée. Il est vraisemblable que l'enfant avait dû avaler ce tube dans l'autre sens, puisqu'elle était en train d'aspirer le contenu ; mais on peut supposer qu'en franchissant l'isthme amygdalo-palatin le tube avait pivoté de telle façon que le bout mousse pénétra le premier dans le larynx ; car il paraît impossible qu'un tel mouvement se soit effectué après la pénétration dans la trachée, dont le diamètre était inférieur de beaucoup à la longueur du tube. Au moment d'une quinte de toux le tube avait été projeté si violemment dans l'orifice canulaire interne qu'on ne put l'en extraire que par une assez forte traction.

Après l'issue du corps étranger, l'enfant se trouva soulagée brusquement et respirait à l'aise quand la canule eut été remise en place. On avait toutefois lieu de craindre que les fragments de verre qui manquaient à l'un des bouts du tube ne fussent demeurés dans les voies aériennes. Le lendemain, quand je vis la petite fille, elle avait de la fièvre ; l'auscultation me fit percevoir une respiration rude au sommet du poumon droit, et quelques râles sous-crépitants. Le soir, la température montait à 41° et je m'attendais à voir évoluer une sorte de pneumonie traumatique. Je n'eus pourtant à constater que de la bronchite les jours suivants ; la température retomba à la normale après l'administration de 1 gr. 50 de sulfate de quinine et ne se releva pas. La toux était fréquente et l'enfant rejetait par la canule des mucosités, des caillots sanguins et de petits amas de fibrine. Il en fut ainsi jusqu'au 4e jour. A ce moment, toute trace d'hémorragie bronchique ayant cessé, on essaya de retirer la canule, mais l'enfant fut prise d'un accès de suffocation et on dut remettre la canule jusqu'au 8e jour.

Alors mon ami, M. le Dr Luc, ayant pratiqué l'examen laryngoscopique, constata l'absence de lésions sur les cordes vocales et dans la partie sus-glottique, tandis qu'il existait sur la paroi antérieure de la portion sous-glottique des bourgeons charnus en train d'oblitérer la plaie trachéale. A partir de ce jour la convalescence fut rapide, et la fillette ne tarda pas à quitter l'hôpital, paraissant tout à fait guérie.

II. — *Bourdonnet de charpie avalé par un enfant de 15 mois et obstruant l'isthme du gosier. Utilité de l'inversion complète du corps.*

J'étais en train de faire la visite dans la salle Parrot, quand une infirmière accourut éplorée de la salle voisine, dite des berceaux, m'annoncer qu'une petite fille de 15 mois venait d'avaler un bourdonnet de charpie avec lequel on était en train de lui nettoyer la gorge. Le bourdonnet était mal fixé au bout d'un mancho pinceau et s'était détaché sous l'influence d'une secousse que l'enfant avait imprimée, en se débattant, au bras de l'infirmière : celle-ci avait essayé de retirer précipitamment le corps étranger et l'avait maladroitement poussé plus avant.

L'enfant était déjà sans connaissance quand j'arrivai près du berceau ; ne trouvant pas à l'instant même des pinces, et ne réussissant pas à saisir avec deux doigts, à cause de l'exiguïté de la bouche, le corps étranger que mon index sentait profondément engagé dans la cavité pharyngienne, sur l'orifice du larynx obturé complètement, j'eus l'idée de saisir l'enfant d'une main par les deux pieds et de la placer brusquement la tête en bas, en inversion complète, pendant que j'exerçais avec les doigts de l'autre main des pressions sur les côtés du cou, de plus en plus énergiques, le long du larynx et sous les angles du maxillaire inférieur.

Pendant ce temps, un élève combinait des pressions sur le thorax avec des mouvements imprimés aux membres supérieurs, pour faire la respiration artificielle. Après une demi-douzaine de pressions semblables, le tampon de charpie obéissant à son propre poids, dut se trouver moins étroitement appliqué sur l'orifice laryngien, et j'entendis un léger bruit de rentrée inspiratoire de l'air qui, peu à peu, s'accentua, et la respiration se rétablissait, la cyanose diminuait quand on m'apporta des pinces qui me permirent d'attirer le corps étranger au dehors.

Il est donc bon de se rappeler l'utilité de l'inversion immédiate et totale dans un cas de ce genre chez des enfants, si on ne trouve pas sous la main d'instrument propre à explorer le pharynx.

III. — *Epingle à cheveux très fine avalée par un enfant de 18 mois et arc-boutée dans le pharynx au-dessus du voile du palais.*

Le 1er janvier dernier on vient me chercher précipitamment pour une fillette de 18 mois qui avait été prise subitement d'un accès de suffocation, pendant qu'elle jouait sur le tapis de la chambre de sa grand'mère. Celle-ci, qui depuis quelques minutes ne regardait pas l'enfant, se retournant au bruit d'une sorte de sanglot ou de cri étouffé, voit l'enfant qui, bleuâtre, se débattait, les doigts introduits dans la bouche, toussant convulsivement.

On suppose que l'enfant a avalé quelque cho-

se. Une domestique s'empresse d'enfoncer ses doigts dans la bouche, et croit sentir un corps dur qui fuit sous son doigt, mais ne réussit à rien extraire. L'enfant continue à se débattre, à faire des mouvements de déglutition incessants, vomit quelques aliments, et continue à introduire ses doigts dans sa bouche comme pour se débarrasser elle-même. Elle a presque des convulsions, tant son agitation est désordonnée.

Quand j'arrive dans la chambre, je suis assailli naturellement de questions et d'explications à la fois et j'ai quelque peine à ramener un peu de sang-froid. L'enfant crie d'une voix rauque, enrouée ; mais elle crie. Elle est pâmée à moitié de peur et de colère, mais non asphyxiante : je rassure donc l'entourage.

Je veux regarder dans la gorge ; mais, à deux ou trois reprises, à peine ai-je introduit une cuiller que des aliments rejetés par vomissement et des mucosités affluent dans la bouche et m'empêchent de rien voir. Enfin, à une nouvelle tentative, je réussis à voir la gorge, qui, au premier abord, paraît normale, seulement rouge.

J'introduis pourtant l'index dans le pharynx et je suis assez surpris de sentir, en arrière des piliers postérieurs, et immédiatement au-dessus du voile, une sorte de bride mince, dure et souple à la fois, qui semble fuir au-devant de la pulpe digitale.

Je vais à tâtons avec une pince courbe à la recherche de ce corps étranger et j'amène... une épingle à cheveux ! mais une de ces petites épingles, si fines, ondulées, que les dames appellent des épingles-neige.

Tout s'expliquait ; l'enfant avait ramassé l'épingle sur le tapis, l'avait mise dans sa bouche, et avalée. La domestique, en cherchant à explorer la bouche, avait refoulé le corps étranger qui, si mince et si flexible, était allé, sous les influences combinées des efforts de toux et de vomissements, s'arc-bouter en demi-cercle à l'entrée du pharynx nasal en un point où elle échappait complétement à la vue.

De ce fait il est bon de retenir qu'il faut en appreil cas non seulement regarder, mais toucher.

P. Le Gendre.

BULLETIN DES SYNDICATS

Séance du Bureau de l'Union du 27 octobre.

Le bureau s'est réuni le mercredi 27 octobre à 3 heures. Etaient présents MM. Cézilly, vice-président, Ladmiral, Gauthier, Maurat, secrétaire-général, Lécuyer, secrétaire adjoint. Après lecture du procès-verbal de la précédente séance et lecture de la correspondance, le Conseil examine et résout les affaires qui lui ont été soumises par les membres des syndicats.

Il procède à l'examen des comptes annuels et établit les bases du budget à proposer à l'Assemblée. Il examine ensuite la question de l'Assistance publique et il décide que la discussion de cette question devra être limitée à certains points du projet du gouvernement. — Il s'entretient ensuite du renouvellement du Bureau et décide qu'une réunion aura lieu le dimanche 22 novembre à 10 h. du matin au Bureau du *Concours*.

Syndicat médical de Douai et de la Région.

« Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs la formation du nouveau Syndicat de la région de Douai. Nous ne reproduirons pas ses statuts semblables à peu prés à ceux des autres Syndicats et nous nous contenterons de publier ce qui a trait aux honoraires et aux régles de déontologie, qu'il y a toujours avantage à mettre sous les yeux des lecteurs du Bulletin ».

Tarif d'honoraires.

Art. 32. — Le chiffre des honoraires doit être basé sur le nombre de visites faites, sur la position de fortune du client, ainsi que sur la gravité de la maladie.

Art. 33. — Il est établi un tarif minimum d'honoraires obligatoire pour chaque membre du syndicat, applicable aux différentes classes des clients. Pour les engagements nouveaux à contracter avec une collectivité quelconque, tout membre du syndicat s'engage à ne pas traiter à des conditions autres que celles admises par le syndicat.

Art. 34. — Les membres des collectivités seront traités comme clients appartenant à la dernière classe, à l'exception des personnes aisées qui, dans un but de spéculation, se seraient fait inscrire sur les listes de la collectivité.

Art. 35. — Chaque membre du syndicat doit adresser tous les ans à ses débiteurs sa note d'honoraires.

Art. 36. — Tout client, en situation de rétribuer le médecin, qui se sera soustrait à ce devoir, sera porté sur une liste communiquée à tous les membres du syndicat.

Déontologie médicale.

Art. 37. — Tout médecin appelé accidentellement prés d'un malade en traitement, en l'absence du médecin traitant, devra se borner à prescrire les soins nécessaires pour parer aux besoins du moment, et ne faire aucune réflexion sur la médication suivie ; il ne se représentera chez le malade que s'il est appelé en consultation par le médecin traitant.

Dans le cas où le malade, aprés de justes remontrances du médecin appelé en second lieu, refuserait formellement de continuer à recevoir les soins du premier, le nouvel appelé ne devrait accepter la succession de son confrère qu'après l'avoir prévenu, et s'être assuré que le premier médecin est complétement désintéressé.

Art. 38. — Un médecin ne doit pas refuser de se trouver en consultation avec le confrére que le malade a choisi, s'il n'a des raisons personnelles graves qui l'en empêchent ou si le confrére avec lequel il doit se rencontrer n'a été exclu du syndicat, ou si le malade n'a pas soldé les honoraires du médecin appelé en consultation.

Art. 39. — Lorsqu'un médecin remplace un confrère absent ou malade, il doit cesser ses soins quand le dernier reprend son service, et lui fournir les renseignements qui pourront le guider dans le traitement à suivre ultérieurement. En cas de doute, le médecin reprenant son service agira bien en appelant en consultation celui qui l'a remplacé.

Art. 40. — Le médecin ne peut revendiquer comme client que celui près duquel il est appelé le premier, la qualité de client ne dure que pendant la maladie actuelle. Toutefois, le médecin appelé pour un cas urgent dans la clientèle d'un confrère, en l'absence de celui-ci, devrait se retirer à l'arrivée de ce confrère, si le malade ou la famille exprimait le désir de recevoir les soins de son médecin habituel.

Art. 41. — Tout médecin appelé en consultation doit s'abstenir, vis-à-vis du malade et de son entourage, de toute réflexion pouvant préjudicier au médecin ordinaire.

La consultation est faite entre les médecins seuls et à l'exclusion de toute personne étrangère. Toute appréciation émise en dehors du lieu de consultation, et pouvant jeter de la défaveur sur l'un des consultants, est répréhensible.

Le traitement convenu entre les consultants sera appliqué par le médecin ordinaire ; c'est à lui qu'appartient l'exécution des pansements et des opérations décidées, à moins qu'il ne charge de ce soin un autre confrère.

Art. 42. — Le médecin appelé en consultation ne devra revoir le malade que s'il est appelé de nouveau, ou autorisé par le médecin traitant.

Art. 43. — Le cabinet du médecin est un terrain neutre où il peut donner ses conseils à tous ceux qui les lui réclament ; il ne devra jamais se permettre, vis-à-vis du client qui le consulte, aucune observation pouvant porter atteinte à la réputation ou à l'honorabilité des confrères consultés avant lui.

Art. 44. — Le médecin consultant laissé au choix du médecin ordinaire, est pris, autant que possible, dans le syndicat.

Art. 45. — Tout médecin syndiqué ne pourra poursuivre devant les tribunaux aucun confrère, également syndiqué, sans en avoir au préalable obtenu l'autorisation du syndicat.

Art. 46. — Lorsqu'un médecin aura été révoqué d'une fonction publique, le confrère appelé à le remplacer ne pourra accepter sans en avoir préalablement référé au syndicat.

Art. 47. — Les consultants doivent éviter de modifier sans nécessité le traitement adopté par le médecin ordinaire. Quand ils croient indispensable d'y apporter quelques changements, ils doivent user de la plus grande circonspection et prendre toutes les précautions nécessaires pour sauvegarder la réputation de leur confrère et lui conserver la confiance de son malade.

Art. 48. — Tout médecin qui a accepté d'être le consultant dans une maladie, renonce par ce seul fait à devenir le successeur de son confrère dans le cours de cette maladie comme médecin traitant, à moins que le confrère ne l'y autorise ou n'ait déjà été remplacé par un autre.

Bureau.

BUREAU. — *Président honoraire* : Dr Watelle, père ; *Président :* Dr Sockeel ; *Vice-Président :* Dr Buisson ; *Secrétaire :* Dr Pollet ; *Trésorier :* Dr Lambilliotte ; *Syndics* : Drs Monnier, Dransart (de Somain) ; Deltombe.

Liste des membres du Syndicat de Douai et de la Région (au 10 octobre 1891.)

MM.

Watelle, père, Douai. — Laignlez, Douai. — Sockeel, Douai. — Watelle, fils, Douai. — Faucheux, Douai.— Monnier, Douai. — Pollet, Douai. Baude, Douai. — Lambilliote, Douai. — Desmoulin, Douai.— Toison, Douai.— Wigniolle, Douai. — Frey, Douai. — Dransart, Dorignies. — Selle, Raches. — Blanquart, Flers. — Vallée, Pecquencourt. — Sarrasin, Brebières. — Hérin, Féchain. — Buisson, Aniches. — Caffeau, Aniches. — Dubrulle, Aniches. — Vandamme, Aniches. — Plet, Dechy. — Duflos, Sin-le-Noble. — Lenne, Sin-le-Noble.— Cuisinier, Faumont. — Deltombe, Flines.— Dransart, Somain.— Martin, Somain. — Drucké, Somain. — Houriez, Lallaing. — Théry, Orchies.

REPORTAGE MÉDICAL

Les membres de la Société médicale du XIIe Arrondissement ont invité à leur banquet le Président de l'Association syndicale des Médecins de la Seine en le priant de vouloir bien leur exposer le but et l'organisation de la nouvelle Société.

Après avoir entendu les explications les plus complètes, ils ont émis à l'unanimité un vote d'approbation sur la création et le mode de fonctionnement du Syndicat parisien, souhaitant de voir prospérer une œuvre aussi utile et lui promettant leur appui.

Une mise en demeure bien en situation. — Lettre du docteur Watelet au Ministre de la justice.

Monsieur le ministre,

Pour obtenir quelque chose, un vieux proverbe dit qu'il vaut mieux s'adresser au bon Dieu qu'à ses saints. Aussi, je m'adresse de préférence à vous qu'à votre Procureur général, et sans plus d'affaire, je viens vous demander à quand les poursuites pour violation du secret professionnel contre mes honorés confrères les docteurs Pottier et Monin, qui, ayant soigné l'infortuné Marais, de la Comédie-Française, ont déclaré dans une lettre rendue publique et publiée dans le *Figaro* du 22 septembre que « sur la demande de la famille et pour couper court à des racontars de suicide, le comédien Marais avait succombé *à une affection cérébrale aiguë* (forme méningitique). »

Je vous vois, monsieur le ministre, vous précipitant à la fin de cette lettre pour voir la signature du fou qui vous adresse cette requête. Rien ne vous paraît en effet plus naturel, et je partage absolument votre sentiment sur cette déclaration spontanée d'honorables médecins ; mais cette déclaration doit les mener à la correctionnelle, car j'y suis allé pour le même motif. Moi aussi, en 1885, pour venger la mémoire d'un grand artiste, j'ai publié dans un journal un article sur la cause vraie de la mort de M. Bastien Lepage, et j'ai été condamné en police correctionnelle, confirmé en appel, archi-condamné en Cour de cassation.

Il est vrai d'ajouter qu'à l'époque où des poursuites furent intentées contre moi, les temps étaient durs. La République ne nageait pas encore dans une ère de pacification comme aujourd'hui. Un jugement fut rendu contre moi avec des considérants tels que ceux-ci :

1° Le secret médical est absolu ;

2° L'indiscrétion, la plus petite, est coupable au même titre que la violation du secret avec intention de nuire ;

3° Même sans intention de nuire, avec intention

d'être utile, le médecin est coupable toutes les fois qu'il fait *une révélation* quelconque des faits qu'il a connus dans l'exercice de ses fonctions, etc., etc.

Ce jugement, le croiriez-vous, a rempli de joie le docteur Brouardel. Dans son livre sur le secret médical, il raconte que, malgré mon honorabilité parfaite, il ne peut me donner son appui dans ce procès fameux, et qu'il fut l'homme le plus heureux de France, en voyant les juges de la 8e chambre interpréter dans un tel sens l'article 378.

Depuis la confirmation de mon jugement par la Cour de cassation, cette nouvelle interprétation est admise par les tribunaux, et voilà pourquoi le fait si honorable de mes confrères Pottier et Monin est délictueux.

Tous les Français étant égaux devant la loi, même quand elle n'a pas le sens commun, Monsieur le ministre, l'affaire Marais doit avoir la même issue que l'affaire Bastien Lepage, car c'est bonnet blanc et blanc bonnet.

Vous pouvez d'ailleurs, dans cette nouvelle affaire, consulter le docteur Brouardel, qu'on pourrait appeler, pour son infaillibilité, le pape de la médecine moderne. Je suis certain d'avance qu'il conclura à la culpabilité de mes confrères. Si je vous demande des poursuites, monsieur le ministre, c'est moins pour moi que pour le corps médical français, qui, loin de partager les idées de mes juges et de M. Brouardel sur la question, ne comprendrait pas pourquoi la loi absurde qui a condamné le médecin de Bastien Lepage laisserait impunis les médecins de Marais.

Comme conclusion, Monsieur le ministre, je demande la revision de l'article 378, sa refonte complète par une commission médicale. J'ai la conviction en cela d'être l'interprète de tous mes confrères qui, un jour ou l'autre, à leur insu, avec les intentions les plus louables, peuvent être les victimes d'une loi estropiée qui doit disparaître.

Recevez, monsieur le ministre...

D^r^ WATELET.

M. le docteur Lavaux, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours sur les *affections des voies urinaires*, à l'Ecole pratique, amphithéâtre Cruveilhier, le mardi 10 novembre, à 2 heures, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

— Le Dr Chéron, Médecin de St-Lazare, reprendra ses leçons cliniques de Gynécologie, le lundi 16 novembre à sa clinique, 9, rue de Savoie, près du Pont-Neuf, à deux heures, et les continuera les lundis suivants, à la même heure. Les élèves sont admis à l'examen des malades.

— Par arrêté ministériel, en date du 19 octobre 1891, une médaille d'honneur en argent a été décernée à M. *Debay*, membre du Concours, officier de santé à Robecq (Pas-de-Calais), pour son dévouement dans les épidémies qui ont sévi de 1890 à 1891, dans les communes de Busnes, Mont-Bernachon et Robecq.

—M. le Dr Chatelain organise pour une société un service médical au prix de 2 fr. 25 les visites et 1 fr. 50 les consultations. Il lui manque des titulaires pour les quartiers suivants :

Place Vendôme, Odéon, Gaillon, Ecole militaire, Bonne-Nouvelle, Roule, Arsenal, Europe, Notre-Dame, Saint Denis, Monnaie, Saint-Martin, Saint-Louis, Charonne, Sainte-Margueritte. Lui écrire 41, rue Taitbout, Paris.

— *Les lampes qui fument.* — Le meilleur moyen d'empêcher les lampes de fumer est de tremper les mèches dans du vinaigre fort et de les bien sécher avant de s'en servir.

Après cette petite préparation, on sera tout étonné de voir quelle flamme claire et brillante on obtient par ce procédé qui est la simplicité même.

BIBLIOGRAPHIE

Du diagnostic précoce de la tuberculose, par le Dr Cazenave de la Roche, membre du Concours médical, etc. Communication faite à la Société de Médecine pratique de Paris, séance du 4 juin 1891.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE

DES

Membres du Concours Médical et de l'Union des Syndicats.

Chers Confrères,

Le Conseil de direction du *Concours médical* et le Bureau de *l'Union* ont fixé la date de leur Assemblée générale.

Elle aura lieu le *Dimanche 22 novembre, à 2 heures, au Grand-Hôtel, et le Banquet à 7 heures.*

Des questions importantes seront soumises à vos délibérations ; vous comprendrez combien votre présence est nécessaire et nous vous prions de venir, en grand nombre, assister à ces délibérations. On fait souvent appel à l'initiative privée. Toutes les œuvres de nos deux Sociétés ont cette origine.

Nous comptons que vous ferez tous vos efforts pour vous joindre à nous. Vous êtes invités à nous informer de votre présence, pour que nous puissions prendre les mesures nécessaires pour la *Réunion* et le *Banquet*.

Pour les Bureaux de l'Union et du Concours,

Le Directeur, A. Cézilly.

LA SEMAINE MÉDICALE

Créoline comme désodorant de l'iodoforme.

L. Varzi recommande le mélange suivant comme désodorant complètement l'iodoforme (l'odeur de la créoline ne se fait sentir que dans le voisinage immédiat) et dépourvu de toute action locale irritante :

Iodoforme.......... 2 gr.
Créoline.......... 1 —
Vaseline.......... 25 —

M. D. S. Onguent ; pour l'usage externe.

Le goudron, dans la proportion de 2 à 3 pour 100, constitue un excellent désodorant de l'iodoforme, selon les indications d'un médecin de Jassy, le docteur Negel.

Mortalité spéciale des nourrissons confiés à des nourrices n'ayant qu'un sein utile.

M. *Antoine Sabatier*, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, a mis en lumière dans le *Lyon médical* un point de pratique professionnelle limité, mais très important pour le repeuplement national, à savoir les dangers de l'allaitement des nouveau-nés par des nourrices n'ayant qu'un sein utile, physiologique.

On sait, en effet, que certaines nourrices ne peuvent allaiter que d'un seul sein, une des deux glandes étant atrophiée. Les causes de cette déchéance sont assez diverses. Fréquemment il s'agit d'une lésion suppurative, d'abcès ayant pour toujours frappé la glande de stérilité. Souvent aussi l'on est en présence d'une sorte d'atrophie spontanée dont la cause première échappe. Quelques-uns ont incriminé l'abus du corset. Mais M. Sabatier n'accepte pas cette hypothèse : car, dans ces conditions, une atrophie unilatérale ne s'explique guère, et, d'autre part, les éléments de sa statistique ont été recueillis parmi une population qui se soucie peu de la taille de guêpe

des citadines, chez des femmes de la campagne. De plus, toutes étant des femmes mariées, on ne peut raisonnablement objecter qu'elles aient eu intérêt à dissimuler leur grossesse.

Quand l'atrophie n'est point le résultat d'une désorganisation brutale par une inflammation suppurée, elle relève des mauvaises habitudes de la nourrice ou d'une conformation vicieuse de l'un des mamelons. Tantôt, en effet, par simple négligence ou paresse, par une accoutumance instinctive, ou parce que la nourrice a besoin de la liberté de l'un de ses bras pour travailler en même temps qu'elle nourrit, elle acquiert cette habitude de donner toujours le même sein. D'autres fois encore, c'est l'enfant lui-même qui choisit le sein le plus facile, celui où le lait vient avec le plus d'abondance. Il se laisse rebuter par un sein dont le mamelon reste rétracté, ne s'érige point en l'habituelle saillie. Par toutes ces causes un même résultat se produit, la perte d'équilibre dans le rôle des deux glandes. L'une d'elles s'atrophie, subit la dégénérescence régressive. Le lait se tarit et la nourrice devient sèche d'un côté. *A priori*, sa valeur nutritive devrait donc être annihilée de moitié ; mais, en vertu de la loi de compensation physiologique des organes, le sein utile se développe plus qu'à l'état normal. La perte du premier se balance par une hypermégalie du second, parfois monstrueuse. Il en résulte pour le médecin praticien une hésitation véritable à se prononcer sur l'acceptation ou le renvoi d'une nourrice en de telles conditions. Sans doute dans la clientèle, dans celle des villes en particulier, pourvues par les bureaux de nourrices d'un recrutement suffisant, le médecin conseille en général un autre choix. Dans de grands services publics d'assistance, au contraire, il est à craindre qu'on ne suive pas toujours cette règle prudente. Or une enquête que, depuis près de deux ans, M. Sabatier a poursuivie sur ce sujet, a abouti à cette conclusion : l'allaitement par des nourrices n'ayant qu'un sein utile donne des résultats absolument déplorables, équivalant à ceux du biberon.

Du 1er juillet 1889 au 31 décembre 1890, M. Sabatier a vu défiler 1327 nourrices, dont 33 n'ayant qu'un sein apte à la lactation, à peu près une sur 100. Une d'elles fut renvoyée sans nourrisson, les 32 autres, paraissant suffisantes, furent acceptées. Or 15 d'entre les enfants qui leur furent confiés étaient morts dès les premiers mois. Cela établit cet énorme chiffre de 48 %. Une enquête parallèle sur les enfants confiés à 32 nourrices pourvues des deux seins, veuves à Lyon et reparties aux mêmes jours que celles de la première série, ne donne plus que 9 morts, soit 28 %. Bien que l'on juge sans doute encore ce chiffre considérable ; il est cependant malheureusement normal, c'est celui de la statistique générale du service concernant la mortalité des enfants d'un jour à un an.

En résumé, le rapprochement de ces deux séries montre avec une nette clarté l'extrême danger de l'allaitement par un seul sein, même anormalement développé. Il est tel qu'on doit presque l'assimiler à celui résultant de l'emploi du biberon. L'hypermégalie du sein utile n'est qu'une trompeuse apparence.

Conclusion pratique : il faut ou refuser catégoriquement les nourrices n'ayant qu'un sein, ou du moins avoir à leur égard une sévérité et une surveillance exceptionnelles.

Gangrène produite par des injections sous-cutanées d'antipyrine.

M. *Verneuil* a communiqué à l'Académie deux observations dans lesquelles des injections sous-cutanées d'antipyrine, faites au pied, ont causé des gangrènes débutant au niveau du point où a été faite l'injection.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 39 ans, d'une bonne santé, sans antécédents d'alcoolisme, de diabète, ni de paludisme, qui fait un faux pas et éprouve une vive douleur dans la fesse gauche. Cette douleur persiste les jours suivants, descend vers la partie inférieure du membre, et se localise aux orteils où elle devient intolérable. La douleur ayant résisté aux moyens ordinaires et devant être attribuée à une névrite traumatique, on fit, *loco dolenti*, une injection avec une solution d'antipyrine. Peu après les orteils se sphacèlent et ce sphacèle tend à gagner la face plantaire du pied. L'état général du malade devint bientôt particulièrement grave, et les douleurs intolérables persistèrent. Grâce à l'emploi des pulvérisations phéniquées, on put cependant arrêter la gangrène et le malade est en voie de guérison, après la chute des eschares.

Dans le second cas il s'agit d'un névropathe, sujet à la gangrène des extrémités. Ce malade éprouvant un jour de très violentes douleurs au niveau du gros orteil, ou fit une injection d'antipyrine. Le lendemain, il y avait une plaque de gangrène au niveau du point injecté. Le malade guérit, quoique difficilement, à la suite de pulvérisations phéniquées. Il convient d'ajouter que, l'année suivante, cette fois sans injection d'antipyrine, le malade vit trois doigts de pieds, du côté opposé, se gangrener ; puis, quelque temps après, apparut une plaque de gangrène au niveau du mollet. On dut faire une amputation de la cuisse dont le malade guérit.

Ces deux cas prouvent que les injections d'antipyrine peuvent déterminer de la gangrène au niveau de l'injection. Il convient d'ajouter que, pour que cette gangrène se produise, il faut une prédisposition provoquée par une lésion nutritive, d'origine circulatoire ou nerveuse, des tissus où se fait l'injection.

M. Verneuil rapproche de ces faits un cas observé par Gley, sur un chien qu'il avait rendu diabétique. Sur ce chien, une injection d'antipyrine détermina une gangrène de la peau au niveau du point où on avait fait l'injection.

M. *Dujardin-Beaumetz* croit que les accidents dont a parlé M. Verneuil ne sont pas spéciaux à l'emploi de l'antipyrine. Toute autre injection, en pareille circonstance, aurait pu déterminer ces mêmes accidents.

Ce qu'il faut retenir de ces faits, c'est que, toutes les fois que la nutrition des tissus est troublée par une cause quelconque, l'injection d'une substance irritante au sein de ces tissus peut en provoquer la gangrène. Ce qui prouve bien l'influence prépondérante de l'état des tissus sur le développement de ces gangrènes, c'est la seconde observation de M. Verneuil. Une première gangrène est consécutive, il est vrai, à une injection

d'antipyrine, mais une seconde se développe spontanément, sans injection d'aucune sorte.

Chloroformisation avec le cornet de la marine.

M. *Béranger-Féraud* a dit à l'Académie que de 1856 à aujourd'hui on n'a signalé, dans toute la marine, que quatre cas de mort à la suite de l'administration du chloroforme avec le cornet réglementaire. Dans une pratique de quarante années, il n'a vu, pour sa part, aucun cas de mort survenu pendant l'emploi du cornet. Tout à fait au début de ses études, il a vu une malade mourir, après avoir été anesthésiée au moyen du sac de J. Roux, et il entendit le bruit laryngo-trachéal signalé par M. Léon Labbé. — Trente ans après, le jour du combat de Sfax, en 1891, au cours d'une résection de l'épaule qu'il fallut terminer par la désarticulation, il a entendu de nouveau ce bruit, mais il fut assez heureux pour rappeler le blessé à la vie ; il se servait du cornet ; mais, l'opération n'étant pas achevée, sa confiance dans cet appareil était telle que c'est encore à lui qu'il continua à avoir recours.

Les chirurgiens de la marine ont souvent affaire à des alcooliques et à des anémiques, ils pratiquent des opérations de longue durée ; le cornet, qui permet de surveiller la figure du patient, qui empêche le contact du chloroforme avec les narines, qui permet l'arrivée de l'air avec les vapeurs anesthésiques, qui a fait ses preuves à la Maternité de Paris, a un si faible nombre d'accidents mortels à déplorer comparativement à la compresse ordinaire, que son adoption par les chirurgiens est à désirer.

Intoxication saturnine chez un enfant qui jouait sur une terrasse de plomb.

MM. *Variot* et *Gastou* ont présenté à la *Société des hôpitaux* un enfant de 5 ans et demi atteint d'intoxication saturnine.

Au mois de juin, cet enfant fut pris subitement de douleurs abdominales et de vomissements ; puis en quelques jours, les deux membres inférieurs furent paralysés et bientôt les membres supérieurs. Actuellement il va beaucoup mieux, mais il lui reste encore des signes de paralysie : il steppe des deux jambes d'une façon très notable, et a, pendant la marche, une ensellure lombaire accentuée ; lorsqu'il est couché sur le dos il ne peut s'asseoir sans s'aider des mains ; les extenseurs de l'avant-bras sont très affaiblis.

Cet enfant a un liséré saturnin très net, les accidents du début semblent devoir être rapportés à une colique saturnine ; plusieurs fois déjà il a eu des crises convulsives qui paraissent avoir été des symptômes d'encéphalopathie saturnine.

L'intoxication saturnine est rare chez les enfants. M. Variot ne trouva la cause de cette intoxication ni dans les conduites d'eau, ni dans les ustensiles de ménage, ni dans les jouets de l'enfant. Mais l'appartement habité par la famille X... donne sur une terrasse couverte de plomb, sur laquelle jouent les enfants ; lorsqu'il pleut il se forme du carbonate de plomb, qui reste à l'état pulvérulent sur la terrasse et que les enfants absorbent ensuite.

Des deux autres enfants de la famille X..., l'un, l'aîné, n'a jamais eu d'accidents saturnins, le dernier a le liséré saturnin et, l'année dernière, a eu des coliques accompagnées de constipation et vomissements.

Une autre famille habite dans l'appartement voisin : Un des enfants a eu, des coliques avec vomissements et constipation ; un autre est mort, à l'âge de 25 mois, de convulsions.

Le propriétaire enfin avait deux chiens qui restaient sur cette terrasse une grande partie de la journée et qui ont eu, l'un et l'autre, une paralysie du train de derrière.

Action des alcalins sur la nutrition.

M. *Lapicque* rappelle à la *Société de Biologie* que de nombreuses recherches ont été faites sur l'action que les alcalins (principalement le bicarbonate de soude) exercent sur la nutrition. On s'est particulièrement attaché à l'étude des variations de l'urée. Il ne semble pas que ces recherches, contradictoires entre elles, aient éclairé le mécanisme de l'action thérapeutique généralement reconnue à cette classe de médicaments. Les recherches récentes leur dénient même toute espèce d'influence sur la nutrition azotée. C'est, en particulier, la conclusion des recherches soigneuses faites l'an dernier à Dorpat, sous la direction de M. Stadelmann. Cet auteur et ses élèves n'ont rien observé de caractéristique après l'ingestion de doses même très élevées de citrate de soude, si ce n'est une irrégularité très grande dans l'excrétion de l'urée.

On peut reprocher à ces recherches, si tant est qu'on veuille expliquer par elles l'action thérapeutique de la médication alcaline, d'avoir été faites sur des sujets normaux. On sait que l'alcalescence du sang est la condition de la vie des cellules ; si cette alcalescence est suffisante, on peut admettre qu'un excès n'ait pas d'influence sensible ; il n'y a pas de contradiction à admettre, en même temps, que l'ingestion d'alcalins ait une action réelle dans le cas d'une alcalescence insuffisante.

Pour vérifier cette hypothèse, M. Lapicque a expérimenté le citrate de soude sur un sujet chez lequel on avait toute raison de soupçonner cette insuffisance d'alcalins ; diathèse arthritique, excès d'albuminoïdes dans le régime alimentaire avec trop peu de végétaux. Il a pu constater, en effet, chez un tel sujet, que : 1° Les alcalins, même à doses modérées, diminuent l'excrétion de l'urée ; 2° Le régime de cette excrétion, d'irrégulier qu'il était, devient remarquablement régulier.

Il y a donc là une action réelle ; de plus, la seconde conclusion est en opposition diamétrale avec la conclusion des expériences de Stadelmann. Par conséquent, c'est des conditions de la nutrition du sujet que dépendrait le mode d'action des alcalins.

M. *Quinquaud*, de son côté, a étudié depuis quelque temps déjà cette question. A la suite de l'introduction des alcalins dans l'économie, il a constaté, chez l'homme et chez l'animal, dans toutes les conditions de régime, un abaissement de l'urée excrétée. Il a analysé le sang, et y a trouvé un excès d'urée. Les alcalins retiennent donc l'urée dans le sang, et produisent ensuite des crises où l'urée est excrétée en grande quantité.

Comme complément à la description des procédés opératoires du phimosis de M. Félizet et de M. Thiéry, que nous avons donné dans le précédent numéro, et pour permettre au lecteur de comparer les autres méthodes, il nous paraît intéressant de reproduire une clinique sur le même sujet faite par M. de Saint-Germain à l'hôpital des Enfants Malades et insérée dans la *Gazette des hôpitaux*.

Le phimosis dans l'enfance, ses complications et son traitement.

« Le phimosis, dans l'enfance, est une affection des plus fréquentes ; chez presque tous les enfants, il est difficile de découvrir le gland que le prépuce déborde de 1 ou 2 centimètres. On ne doit toutefois regarder comme vraiment atteints de phimosis que les enfants chez lesquels il y a non seulement longueur exagérée, mais étroitesse congénitale du prépuce. C'est alors seulement que le phimosis expose à un certain nombre de complications qui justifient pleinement l'intervention chirurgicale. Parmi ces complications, une des fréquentes est l'accumulation de matières sébacées, accumulation qui peut entraîner des inflammations et des suppurations, qui peut, surtout par les démangeaisons qu'elle entraîne, devenir une cause de masturbation.

La gêne de la miction est également fréquente ; il y a souvent, pendant la miction une véritable rétention préputiale ; l'urine s'accumule dans le prépuce qui se gonfle, se dilate ; elle trouve difficilement sa sortie par l'orifice rétréci ou déplacé du prépuce. A côté de cette rétention incomplète, dans le prépuce, la plus commune, on peut même observer des rétentions vésicales. Enfin, soit dans l'adolescence, quand surviennent les premières érections, soit dans l'enfance, par suite des manœuvres de masturbation, le phimosis amène souvent une autre complication assez sérieuse, le paraphimosis. Le prépuce une fois ramené en arrière du gland est trop étroit pour pouvoir être replacé dans sa situation normale. L'enfant, craignant les reproches, cache son mal un jour, deux jours, trois jours, jusqu'au moment où l'inflammation et les douleurs qui surviennent le forcent à tout avouer. Le gland est alors tuméfié, le prépuce forme en arrière un énorme bourrelet œdémateux ; à la base de ce bourrelet est un sillon constitué par la peau serrée et tendue.

Comme vous aurez souvent occasion de traiter des paraphimosis, je tiens à bien insister sur ce point que la réduction est d'ordinaire possible, même après plusieurs jours. Embrassez vigoureusement de la main gauche la racine de la verge, pressez énergiquement sur le bourrelet muqueux qui, le plus souvent, crève sous la pression. Puis, avec le pouce et l'index de la main droite, refoulez en arrière le gland ; parfois vous réussirez mieux en ne vous servant pour ce refoulement que de la pulpe de l'index. Presque toujours vous obtiendrez la réduction. Cette méthode, qui permet de mesurer exactement l'effort déployé, n'expose pas aux accidents : rupture des corps caverneux, rupture de l'urèthre que peuvent produire les tractions aveugles sans refoulement. L'opération est d'ordinaire assez rapide pour que vous puissiez la faire sans chloroforme. C'est surtout si le paraphimosis est le résultat de manœuvres de masturbation qu'il ne faut pas craindre d'opérer sans anesthésie. Le souvenir de la douleur éprouvée vaut mieux, comme correctif moral, que toutes les objurgations possibles. Si vous échouez dans la réduction, fait très exceptionnel, il faut pratiquer trois incisions profondes portant sur toute l'épaisseur de la peau, l'une sur la partie dorsale du prépuce, les deux autres sur les parties latérales. Grâce à ces incisions, le lendemain, le surlendemain, la réduction devient possible. Mais les hémorrhagies, les déformations cicatricielles qu'entraînent souvent les incisions, sans être autrement graves, doivent tout au moins vous amener à n'employer ce moyen que comme ressource ultime.

Ces diverses complications, la gêne qui résulte du phimosis dans l'âge adulte, sont assez sérieuses pour justifier les opérations dirigées contre cette affection. Vous savez que, chez les Juifs, les mahométans, la circoncision est appliquée, de parti pris, à tous les enfants. Les Israélites pratiquent la circoncision au dixième jour de la naissance. J'ai vu deux fois, à la suite de ces opérations vraiment précoces, des enfants hémophiliques atteints d'hémorrhagies très graves, très menaçantes, que j'eus la plus grande peine à arrêter.

Les mahométans ne pratiquent la circoncision que quand le jeune garçon atteint douze ou treize ans, ce qui en diminue beaucoup les dangers. Mais ces circoncisions religieuses n'offrent, au point de vue chirurgical, que cet intérêt historique, d'être la plus ancienne opération connue.

Des procédés très nombreux ont été proposés pour la circoncision chirurgicale. Presque tous ont pour but de couper la peau et la muqueuse exactement au même niveau. Je ne sais pas s'il n'y a pas dans cette section parfaitement symétrique plus d'inconvénients que d'avantages. La ligne de réunion est plus abrupte, plus dure que quand la muqueuse un peu débordante peut être rabattue sur la peau. Entre tous ces procédés, le plus simple, l'incision dorsale de Ricord suffit dans un très grand nombre de cas. Ricord introduisait, entre le gland et le prépuce, un bistouri dont la pointe était recouverte d'une petite boule de cire ; il s'assurait bien que cette boule était sous la peau, puis, par un mouvement brusque, faisait saillir la pointe et sectionnait le prépuce sur la ligne médiane et sur sa face dorsale. Les deux lambeaux latéraux qui résultent de ce procédé forment deux saillies assez disgracieuses pendant trois à quatre mois, mais ces saillies s'atténuent vite et le résultat esthétique est finalement très suffisant. On peut, d'ailleurs, à la condition de s'attacher à pratiquer à droite et à gauche une section aussi égale que possible et à respecter le frein, faire, après l'incision dorsale, l'ablation de ces deux lambeaux.

Pour la coaptation de la muqueuse et de la peau, on peut employer soit les serre-fines, soit les sutures. Les serre-fines sont d'application facile pendant la fin de l'anesthésie chloroformique, mais il faut les enlever au bout de douze à quatorze heures pour éviter les sphacèles partiels qu'entraînerait leur pression prolongée. Il y a souvent alors une véritable bataille. Les fils, au contraire, permettent d'attendre au dixième jour où l'enfant, ne souffrant plus, est plus docile. On peut même employer des fils de catgut qui se résorbent

seuls. Mais l'application des sutures est plus délicate que celle des serre-fines.

Cette opération ne va pas toujours sans complications. Avant de la faire, il faut, par un interrogatoire minutieux, vous assurer que l'enfant n'est pas hémophilique. Ordinairement, les enfants, grâce à la rétractilité de leurs vaisseaux, saignent à peine dans toutes nos interventions, mais, quand ils saignent, ils saignent bien. Chez les hémophiliques les serre-fines sont souvent impuissantes à arrêter l'hémorrhagie de la circoncision et il faut appliquer un nombre parfois énorme de ligatures.

La diphthérie de la plaie est une complication plus grave encore. Par un hasard singulier, j'ai vu trois fois en ville cette complication que je n'ai jamais rencontrée à l'hôpital. Deux des enfants guérirent ; le troisième, bien que traité également par des badigeonnages répétés au jus de citron, puis par des cautérisations énergiques, succomba à une diphthérie généralisée.

Les complications inflammatoires ne sont pas non plus très rares. Chez un enfant fort indocile qui remuait constamment, se donnait même des coups de talon sur sa plaie, j'ai vu survenir un phlegmon diffus de la verge qui, malgré des incisions profondes, entraîna la mort.

Je préfère donc, d'ordinaire, à la circoncision, une autre opération plus simple, beaucoup plus bénigne, tout aussi efficace dans la grande majorité des cas : la dilatation.

La dilatation du prépuce fut imaginée par Nélaton. Nélaton la pratiquait au moyen du dilatateur à trois branches qu'il ouvrait d'un mouvement brusque. Cette opération donnait lieu à des accidents assez fréquents, en particulier à des ulcérations profondes entraînant des difformités cicatricielles. Elle était à peu près abandonnée quand une expérience bien simple me permit d'indiquer la cause de ces accidents. Essayez de dilater un doigt de gant avec un dilatateur à trois branches ; la peau de ce gant craquera en divers endroits ; faites la même tentative avec un dilatateur à deux branches : la dilatation se fera sans éraillures. En employant un dilatateur à deux branches, en procédant progressivement d'abord dans le sens vertical, puis dans le sens horizontal, je produis une très grande dilatation du prépuce sans érailler ni la peau, ni la muqueuse. Avant de faire la dilatation, je m'assure bien que le bec de l'instrument est sous la peau et n'a pas pénétré dans le méat. La dilatation faite, j'essaye de découvrir le gland. Il y a le plus souvent des adhérences qu'il faut libérer à la sonde cannelée ; puis le gland se découvre facilement, surtout si l'on a soin de bien faire partir la traction de la base de la verge. Le gland est recouvert de vaseline, le prépuce est ramené en avant. L'opération est si simple qu'elle peut parfaitement être faite sans chloroforme.

Huit jours après cette dilatation, il faut, pour maintenir le résultat produit, découvrir de nouveau le gland. Ayez soin de placer l'enfant sur un plan résistant, une table par exemple, pour que ses mouvements soient plus limités et moins gênants. Il faut saisir la verge à la racine, tirer directement sur le fourreau et non chercher à refouler, à déplier le prépuce. J'ai toujours pu de cette façon refouler le prépuce, même chez un enfant qu'on ne m'avait ramené qu'un mois après la dilatation. Il suffit de répéter deux ou trois fois cette manœuvre à intervalles éloignés pour n'avoir pas à craindre de récidives.

La dilatation réussit à tous les âges, aussi bien chez les enfants que chez les adolescents et chez les adultes. Voici sa seule contre-indication. Une fois sur cinquante ou soixante cas environ, vous trouverez la peau du prépuce très épaissie. La dilatation et surtout le décalottement se font alors mal, avec des éraflures, des hémorrhagies. Il faut, dans cette forme exceptionnelle de phimosis, employer la circoncision. Mais presque toujours la dilatation vous donnera, avec des dangers moindres, d'aussi bons résultats.

REVUE DE CHIRURGIE

De l'ongle incarné (causes, symptômes et traitement).

L'ongle incarné est une affection banale qui relève de la petite chirurgie ; bien des traitements ont été mis en œuvre pour y porter remède. Nous les passerons en revue en insistant plus spécialement sur une méthode simple, mise en honneur en ces derniers temps, et basée sur des recherches histologiques récentes touchant la production de l'ongle. Avant cette exposition nous examinerons l'étiologie et la pathogénie de cette affection et déterminerons les cas que l'on peut traiter par des procédés non sanglants.

I

Etiologie et pathogénie.

L'onyxis a pour siège ordinaire le gros orteil ; presque toujours (94 % des cas), il se développe à la partie antérieure du bord externe de cet orteil. Plus fréquent chez l'homme que chez la femme, il a été considéré comme une maladie de l'adolescence, et cette fréquence plus grande chez l'adolescent a fait attribuer à la croissance un certain rôle dans sa production. Il y aurait disproportion temporaire entre la largeur de l'ongle et celle des parties molles péri-unguéales. Notons, en passant, que nous avons vu un ongle incarné chez un homme de quarante-cinq ans et que, dans ce cas, la façon défectueuse de se couper les ongles semblait avoir déterminé l'affection. C'est là l'une des principales causes de l'ongle incarné. Si, en effet, on coupe l'ongle en l'arrondissant, la pression que la pulpe de l'orteil éprouve dans la station debout et surtout dans la marche fait remonter la peau en manière de bourrelet au-dessus de la ligne courbe que présente le bord de l'ongle, et dans sa croissance il irrite la peau et l'ulcère ; coupant l'ongle au fur et à mesure, il présente un ongle qui pénètre dans les parties molles, d'où le développement de fongosités. Ce processus évoluera d'autant mieux que l'ongle sera plus dur et les parties molles moins résistantes.

Une autre cause provient de la mauvaise conformation de la chaussure ; les chaussures étroites et trop courtes ont été incriminées par tous les auteurs ; mais si l'étroitesse de la chaussure a une certaine importance, il faut encore faire jouer un rôle plus actif à la pression de haut en bas que subit l'ongle. Si le cuir avec lequel est fait le soulier est dur, si la hauteur de l'extrémité antérieure de la chaussure est insuffisante, l'ongle sera repoussé continuellement vers la plante et

tendra peu à peu, par suite de sa forme convexe, à s'enfoncer dans les parties molles. Cette action se fera d'autant plus énergiquement que la chaussure se termine en pointe.

Telles sont les causes mécaniques de l'onyxis ; il va sans dire que certaines causes accidentelles, telles que un érythème, une tourniole, un herpès mal soignés peuvent engendrer l'ongle incarné ; il en est de même des diathèses scrofuleuse et syphilitique avec accidents locaux.

III

Symptômes et marche.

Au début, le gros orteil est douloureux ; cette douleur s'accompagne de gonflement et de rougeur ; c'est surtout après la marche qu'elle se révèle ou après un exercice violent, tel que la danse. Ces phénomènes douloureux s'amendent par le repos, pendant la nuit ; si le sujet doit fournir chaque jour une marche assez longue, ces symptômes se renouvellent et, d'intermittents, deviennent continus. La rougeur persiste, la peau est tendue et est le siège de battements ; on ne tarde pas à voir surgir entre les parties molles et l'ongle une gouttelette de jus. La petite écorchure de la rainure unguéale fait place à une ulcération qui se développe d'avant en arrière et envahit peu à peu toute la longueur de la rainure, l'ongle incarné est créé.

C'est alors que, chez les gens soigneux, on peut intervenir sans opération sanglante avant qu'il ne s'établisse une suppuration fétide et assez abondante.

Si, au contraire, le malade n'est point traité, les tissus voisins se tuméfient, le bourrelet épidermique s'épaissit et recouvre l'ongle ; des fongosités saignantes se développent de plus en plus, la phalange prend une couleur violacée ; quelquefois ces fongosités peuvent s'étendre au périoste et déterminer la nécrose et la chute de la phalange unguéale, mais l'ongle ne se détruit jamais de lui-même pour permettre d'espérer une guérison spontanée.

Ces modifications locales sont accompagnées de douleurs vives qui reviennent avec une intensité plus grande à chaque poussée. L'ulcération donne lieu à diverses complications, telles que lymphangites réticulaires et adénites du pli de l'aine. A la longue la phalange s'étale et s'aplatit de façon à prendre la forme d'une spatule.

Le diagnostic est facile et s'impose dans presque tous les cas ; toutefois, on devra penser à la syphilis unguéale et péri-unguéale ; cette dernière, dans sa forme ulcéreuse, peut donner lieu à tous les symptômes de l'ongle incarné simple ; elle s'en distinguera cependant par une suppuration plus sérieuse, par une couleur plus blafarde du bourrelet, en un mot par une ulcération, offrant un plus mauvais aspect ; de plus, dans ce cas, il est bilatéral. Les commémoratifs, d'une part, d'autres manifestations syphilitiques, d'autre part, pourront mettre sur la voie du diagnostic ; le traitement local du reste, dans ce cas, sera le même que celui de l'ongle incarné simple ; il suffira de modifier le pansement avec des préparations mercurielles, telles que l'emplâtre de Vigo par exemple, et de donner un traitement spécifique approprié.

Le pronostic de l'onyxis n'est point grave au point de vue de la santé générale ; mais la symptomatologie fait suffisamment ressortir qu'il peut apporter un trouble réel dans les fonctions du membre. On a signalé à la suite d'ongles incarnés des contractures musculaires plus ou moins rebelles et on a même cité un cas d'atrophie de tout le membre avec claudication et troubles prononcés de la marche. On voit donc que cette affection mérite tous les soins du praticien.

IV

Traitement.

Lorsqu'on est consulté par un individu dont la conformation du gros orteil est susceptible de donner naissance à un ongle incarné, et si le sujet a déjà eu, à l'occasion d'une marche forcée, du port d'une chaussure mal ajustée une légère atteinte, il faut recommander avant tout l'hygiène du pied, faire couper les ongles en carré, assurer une propreté minutieuse, ne laisser porter que des chaussures aisées. Le repos seul avec ces précautions peut empêcher le retour de ces phénomènes et constituer le seul traitement.

La conduite du médecin sera différente s'il y a déjà cette sécrétion louche qui précède de si près l'ulcération. C'est alors qu'il conviendra d'essayer les traitements non chirurgicaux dont le but sera *l'isolement de l'ongle et des parties molles*. Bien des procédés ont été proposés ; nous ne les énumérerons pas et, sans rappeler la description des appareils anciens de Vesigne, de Labarraque, des lames métalliques de Desault, de Boyer, nous ne parlerons que des procédés actuellement mis en usage.

La rainure unguéale est-elle baignée par une sécrétion louche, on la sèche en saupoudrant la partie avec de la poudre d'alun qu'on laisse pendant vingt-quatre heures, le malade restant au repos. Dans les cas légers, la simple interposition d'ouate antiseptique, matin et soir, après avoir bien détergé la rainure unguéale, peut suffire, ce traitement étant fait pendant une dizaine de jours régulièrement.

Si, en l'absence de fongosités, l'ongle a déjà de la tendance à pénétrer dans le bourrelet exubérant, et que l'interposition d'ouate antiseptique soit jugée insuffisante, on remplit, comme précédemment, la rainure de poudre d'alun, puis on fixe une petite bandelette de diachylon sur le bourrelet en le déprimant et on fait faire à celle-ci le tour de la phalange.

Il est préférable parfois d'interposer entre l'ongle et les parties molles du collodion, auquel on donne une consistance demi-solide en le mélangeant avec de l'ouate très divisée ; on obtient ainsi une substance qu'il est facile avec le bord d'une spatule de faire pénétrer dans toutes les anfractuosités.

C'est un procédé analogue qui nous a réussi récemment chez une jeune femme. Nous avons fait mettre trois fois par jour, le premier jour, dans la rainure unguéale, de la traumaticine avec un pinceau ; la traumaticine que nous avons employée était composée d'une partie de gutta-percha dissoute dans neuf parties de chloroforme ; nous l'avons fait appliquer deux fois le lendemain et les deux jours qui ont suivi, laissant toujours les premières quantités enfoncées dans la rainure. Au bout de huit jours, la malade était guérie et trois mois après la guérison était main-

tenue. Cette préparation ainsi employée se moule exactement sur toutes les parties avec lesquelles elle se trouve en contact, durcit vite et fait supporter à la partie de la lame cornée et des parties molles entre lesquelles elle se trouve placée des pressions parfaitement égales en tous points.

Certains chirurgiens détruisent le bourrelet par des caustiques. La seule matière dont nous nous sommes servis, suivant les conseils de M. Ch. Monod, est le nitrate d'argent, et cette méthode nous a donné des succès ; le crayon est passé énergiquement deux ou trois fois en cinq ou six jours ; l'eschare tombée, on laisse un pansement au diachylon tant que l'ongle n'est pas assez long pour être coupé carrément. C'est d'une façon analogue que certains médecins se servent du perchlorure de fer.

Telles sont les méthodes que l'on peut suivre, dans les formes de début, chez les personnes soigneuses, qui veulent s'astreindre à un repos fonctionnel de quelques jours et qui peuvent user de chaussures toujours bien ajustées. Mais dans les formes invétérées, chez les malades qui ne peuvent s'assujettir aux méthodes de douceur, chez ceux où ces dernières ont échoué, il faut pratiquer une opération.

Toutefois, s'il y a trace d'inflammation péri-unguéale, on aura soin d'attendre qu'elle soit éteinte et, dans ce but, on appliquera pendant le temps nécessaire des pansements antiseptiques humides.

Quel que soit le genre d'opération auquel on a recours, on fera de l'anesthésie locale. C'est certainement dans les opérations de ce genre que l'anesthésie locale trouve sa vraie indication. Jamais nous n'avons donné ou vu donner le chloroforme à l'hopital ou même en ville, et, quelle que soit la susceptibilité nerveuse du sujet, on ne l'exposera pas aux inconvénients ou aux dangers du chloroforme pour une telle intervention. Avant l'apparition de la cocaïne comme anesthésique local, on insensibilisait de deux façons : avec des pulvérisations d'éther, ou avec un mélange refrigérant composé de moitié glace et moitié sel marin. On emploiera l'un ou l'autre de ces anesthésiques suivant les facilités du moment et du lieu. Nous préférons l'éther pulvérisé avec l'appareil de Richardson jusqu'à ce que la peau blanchisse. Si cet état de la peau, témoin de l'insensibilité, ne se maintient pas, un aide pulvérise pour que l'opérateur continue. Le mélange réfrigérant n'est pas aussi maniable et peut donner lieu à des gelures et à des ulcérations longues à guérir. Quant à la cocaïne, nous la repoussons absolument en raison de la douleur que causent les cinq ou six piqûres qu'il est nécessaire de faire ; de plus, la cocaïne est un agent infidèle d'insensibilisation ; enfin, son emploi n'est pas exempt de dangers. On peut encore se servir pour anesthésie locale du stypage suivant la méthode si heureuse vulgarisée par notre excellent confrère le Dr Bailly, de Chambly (Oise). On pulvérise sur des tampons préparés à cet effet du chlorure de méthyle et on applique ces tampons imbibés, par pressions répétées, sur la partie à insensibiliser. On peut ainsi mesurer comme il convient l'anesthésie.

On pratique l'hémostase en plaçant à la base de l'orteil une ligature faite avec un fil de caoutchouc ou drain maintenu fermé avec une pince hémostatique.

Telles sont les dispositions pour les opérations toujours sanglantes que l'on doit pratiquer, étant admis que l'ablation pure et simple de l'ongle est toujours insuffisante et expose aux récidives.

Les instruments étuvés ou passés à l'eau bouillante, sauf le bistouri préalablement nettoyé au chloroforme, baignent dans une cuvette contenant de l'eau phéniquée forte ou dans une solution au deux centième d'oxycyanure de mercure. Ces instruments seront : un bistouri, une paire de ciseaux, une pince à griffes, une cuvette de Volkmann de grandeur moyenne, une aiguille à sutures. On prépare dans un flacon des crins de Florence. Le champ opératoire, très soigneusement lavé au savon, passé à l'éther et au sublimé, est entouré de compresses bouillies.

Le minimum d'intervention opératoire a été réalisé par Guyon.

Fixant solidement l'orteil de la main gauche, il plonge le bistouri perpendiculairement immédiatement en dehors du bourrelet fongueux, à un millimètre en arrière du niveau de la matrice, puis, tournant la lame en avant, il taille un lambeau externe formé par toute la partie latérale saine de la pulpe. Il fait tenir ce lambeau écarté, porte son bistouri de nouveau au fond de l'incision et, d'un seul coup, enlève la partie charnue, le bord unguéal incarné et la partie de la matrice correspondante. Appliquant le lambeau externe contre la surface saignante, il suffit de le maintenir au contact au moyen d'une petite bandelette. La cicatrisation se fait par réunion immédiate en huit ou dix jours.

On obtient ainsi l'écartement de l'ongle et des parties molles. Ce procédé a donné des succès, mais parfois on observe des récidives applicables dans certains cas où les fongosités sont peu abondantes, où le lambeau externe peut s'appliquer exactement sur la surface cruentée ; il doit être rejeté souvent pour une opération plus considérable, il est vrai, mais plus sûre, celle que l'on décrit sous le nom d'opération de Th. Anger.

Là une portion d'ongle avec le derme sous-unguéal correspondant sera enlevée.

On taille par transfixion un petit lambeau en introduisant le bistouri en dehors du bourrelet fongueux au niveau de sa base. Ce lambeau, taillé aux dépens des parties saines, sur une étendue en largeur de 8 à 10 millimètres, doit se prolonger en avant un peu au delà du bord antérieur du bourrelet cutané latéral. Une fois ce lambeau taillé, Th. Anger détache comme un copeau avec un bistouri le bourrelet fongueux, la portion d'ongle correspondante et le derme sous-jacent, puis il applique le lambeau sur la partie dénudée et le fixe en place au moyen d'une bandelette pour obtenir la réunion.

Cette façon de faire est le procédé de choix. Opération limitée, tout en étant complète, récidive évitée par l'ablation de derme sous-unguéal, peu ou pas d'hémorrhagie, réunion rapide, doit nous rallier à cette méthode dans le cas d'onyxis unilatéral.

Il n'en va point de même dans l'onyxis bilatéral; là l'ongle doit être sacrifié. On pourra, comme Gosselin, agir de la façon suivante. On enlève l'ongle. Les auteurs qui ont traité de la question donnent tous leur manière de faire pour cette avulsion ; peu importe, nous la faisons ordinairement en glissant sous l'ongle l'un des mors d'une bonne pince à forcipressure, puis, serrant l'autre mors sur la partie supérieure, une forte traction combinée avec un mouvement de torsion permet

de retirer l'ongle. Ensuite, on enlève une petite languette de peau tout autour, comprenant la matrice unguéale et en avant les fongosités. On finit en grattant avec la curette tranchante les portions qui étaient le siège des fongosités. La phalange est coiffée de gaze iodoformée ou salolée fortement appliquée avec une sorte de pansement en cuirasse de diachylon. Dans ces cas, souvent nous avons vu une hémorrhagie assez abondante survenir dans le cours de la première journée ; aussi le malade devra-t-il garder pendant les trois premiers jours le repos absolu, la jambe étendue et soulevée sur un coussin. Le pansement est enlevé ; au bout de cinq ou six jours, la surface cruentée commence à bourgeonner. Au bout de douze à quinze jours, la guérison est complète. Toutefois il sera bon, pendant un certain temps, de maintenir à la place de l'ongle soit un peu d'ouate, soit une couche de lint, car l'ongle à l'état normal joue un rôle de protection nécessaire et la surface sous-unguéale, mise à nu, a besoin de s'épidermiser pour ainsi dire avant d'être livrée aux pressions et aux frottements de la chaussure.

Du reste, pour éviter cet inconvénient, une méthode relativement récente a été mise en honneur ces derniers temps par M. le Dr Quénu.

Elle repose sur ce fait que M. Quénu a démontré expérimentalement qu'il n'est pas utile, pour éviter toute récidive, d'enlever le lit de l'ongle. Pour lui, les parties rétro-lunulaires et lunulaires constituent seules la matrice de l'ongle, les cellules du derme sous-unguéal situées en avant du bord antérieur de la lunule ne concourant pas à la formation du limbe cornéal.

Voici en quoi consiste son procédé :

Après avulsion de l'ongle, il fait une incision transversale tangente à la lunule et située à sa partie antérieure. Cette première incision dépasse de chaque côté légèrement les bourrelets fongueux. Des extrémités de cette incision il fait partir deux autres incisions antéro-postérieures longitudinales, d'une longueur de deux centimètres environ, prolongeant pour ainsi dire sur la face dorsale de l'orteil les bords latéraux de l'ongle. Il pratique alors, au fond de la gouttière unguéale, dont il soulève la lèvre superficielle avec une pince, une nouvelle incision transversale qui avec la première et les extrémités des deux longitudinales forme un rectangle circonscrivant toute la matrice de l'ongle qu'il résèque.

Cette méthode pourra rendre service dans d'autres circonstances. Parfois viennent demander conseil au médecin des gens porteurs d'ongles épaissis, lamelleux, irréguliers, et qui en raison de ces caractères physiques, provoquent une gêne plus ou moins grande. Dans ces cas l'avulsion s'impose ; on peut se contenter à la rigueur de cette simple opération ; mais pour éviter l'inconvénient que nous avons signalé à propos du procédé de Gosselin, on rendra service au malade en appliquant là encore l'opération de Quénu.

Il en sera de même lorsqu'on aura à faire aux tumeurs sous unguéales que l'on rencontre surtout au niveau du gros orteil chez les jeunes sujets et qui ont pour cause, comme l'ongle incarné, la pression exercée par des chaussures trop étroites sur la face dorsale de l'ongle. L'ablation de la tumeur suivra celle de l'avulsion de l'ongle et on pourra compléter avantageusement par l'opération Quénu.

On voit donc que cette intervention pourra servir pour ainsi dire de méthode générale toutes les fois que l'on *sera obligé d'enlever* l'ongle, son but étant de remplacer l'ongle absent par un lambeau rectangulaire retro-unguéal.

Beaucoup d'autres méthodes ont été proposées, puisque Gosselin en 1873 disait : « Il est peu de maladies chirurgicales pour lesquelles autant de traitements locaux aient été proposés. J'en ai compté, dit-il, soixante-quinze qui ont été inspirés par le désir de préserver les sujets de la récidive ». Nous les avons réduites au minimum, ayant essayé celles que nous croyons les plus simples en même temps que les plus pratiques.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Assistance médicale dans la Vienne.

Des félicitations avaient été adressées en 1888, à l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats, à M. le Dr Guillon, par M. Edmond Mauménée, au sujet de l'organisation de l'Association médicale de la Vienne. Nous avons demandé des renseignements à M. Guillon et nous publions sa lettre. Nous envoyons les documents à M. le Dr Mignen, président de l'Union qui les utilisera pour la discussion de l'Assistance médicale, le 22 novembre.

A. C.

Très honoré Confrère,

J'ai réuni les documents qui pouvaient vous faire connaître la question de l'établissement de la médecine et de la pharmacie des indigents dans le département de la Vienne.

Le Conseil général fut saisi de la question en avril 1888.

Elle paraissait grosse ; on résolut de nommer une commission spéciale ; celle-ci se réunit pour me nommer rapporteur et, suivant l'habitude, me laisser me débrouiller.

Je me mis à la besogne aidé du concours bienveillant et très éclairé de M. Cleftier, préfet de la Vienne.

Au mois d'août suivant, il me fut impossible de faire discuter le projet, les médecins et pharmaciens n'ayant pu se réunir pour y adhérer, ce qui était une question *sine qua non*.

Je fus obligé de demander le renvoi, et, pour ne pas perdre de temps, le renvoi à une session extraordinaire en octobre ; tout ceci fut accordé à l'unanimité.

Entre temps, les syndicats des médecins et des pharmaciens adhérèrent.

Au mois d'octobre la session eut lieu et la discussion aussi, le projet fut adopté avec une modification importante : il ne devait s'appliquer qu'aux communes rurales, les chefs-lieux étaient exclus ; le Conseil général décida que le projet s'appliquerait à toutes les communes indistinctement du département.

Je vous envoie les pièces qui vous fourniront tous les détails :

1° pièce n° 1, mon rapport.

2° pièce n° 2, le tarif annexé.

3° pièce n° 3, la délibération de la session d'octobre.

L'article 7 de mon projet a été modifié par moi la veille de la session pour donner la majorité dans la commission au Conseil municipal. S'il

n'en eut pas été ainsi, des conflits certains se seraient élevés entre la commission et le Conseil municipal, souverain maître ; il tient les cordons de la bourse.

M. Nivert, aujourd'hui député, avait déposé un contre-projet ; il était impraticable, les communes, dans ce contre-projet, n'ayant aucun intérêt dans la dépense, eussent mis un nombre fabuleux d'indigents sur les listes.

Le tarif annoncé a été accepté sans observation, mais faites bien attention à l'observation sise au bas de la page 4.

Le projet voté, en cette même session, il fut décidé qu'il serait appliqué au 1er janvier suivant, ce qui eut lieu.

Les 300 communes du département furent consultées.

206 ont adhéré au service ; 95 n'ont pas adhéré ; parmi elles : 18 ont ajourné leur adhésion ; 17 ont des bureaux de bienfaisance qui assurent le service ; 13 ont déclaré n'avoir pas d'indigents ; 37 ont refusé pour divers ou sans motifs.

Vous voyez que, dans un court délai, toutes les communes, on peut l'espérer, prendront part à cette institution.

Maintenant, comment le service a-t-il fonctionné ? Quels résultats a-t-il donnés ? Vous trouverez ces renseignements dans les pièces no 4 et no 5 (rapport du préfet : page 171.

Vous verrez que mes prévisions ont été jusqu'ici fort exactes et que le prix bien minime de 2 fr. 50 par tête d'indigent suffit.

Dans la pièce no 4, il est demandé d'ajouter au tarif annexé une certaine série de médicaments ; le Conseil général a accepté.

Dans la pièce no 5, il y a un vœu exprimé : le Conseil général y a fait droit. Voici ce qui s'est passé. A Poitiers, le service a été fort mal fait par les employés de la mairie qui délivraient aux indigents de simples bons au lieu de la feuille de visite à souche.

Ceux-ci en abusaient pour aller voir une série de médecins et se faire confectionner des séries d'ordonnances, de telle sorte que quelques-uns buvaient du vin de quinquina à l'ordinaire et que d'autres ont pu s'éclairer à l'huile de foie de morue. Pour mettre fin à ces abus, il a été ajouté un 2e alinéa à l'article 15 (session d'août dernier) :

« Chaque indigent devra dès le début de la pre-
« mière maladie qu'il contractera désigner le mé-
« decin dont il désire recevoir les soins et il ne le
« pourra changer dans le courant de l'année que
« dans le cas de force majeure. »

Ces abus ont eu un résultat fâcheux pour l'œuvre.

Sur l'exercice 1889 il y avait un boni de 2.800 fr. environ; aujourd'hui il reste 64 fr.

Ce boni provenait de la clause de l'article 5, § 2.

Enfin, comme il a été fait observer que les listes des indigents étaient closes le 31 mars pour n'entrer en service que le 1er janvier suivant, que dans cet intervalle il pourrait y avoir des décès d'indigents, on a ajouté à cette même session d'août dernier un 2e paragraphe à l'article 8 ainsi conçu :

« Dans chaque commune, au mois de décembre,
« la commission chargée de l'établissement de la
« liste des indigents se réunira pour remplacer,
« s'il y a lieu, par de nouveaux noms les indigents
« décédés depuis la confection de la liste au 31
« mars. »

Telle est, très honoré Confrère, l'économie de cette institution; ses résultats ont été excellents, elle a bien fonctionné à la satisfaction de tous, ce qui est rare, et plusieurs départements l'ont déjà adoptée.

Il serait à souhaiter que les communes participassent à cette institution, qui n'est, au bout du compte, qu'une société de secours mutuels départementale où tous les intérêts sont ménagés ; une loi seule peut amener ce résultat.

Inutile de vous dire que je me tiens entièrement à votre disposition pour tous renseignements ou pièces qu'il vous serait agréable d'avoir.

Veuillez agréer, très honoré Confrère, l'expression de ma considération la plus distinguée.

A. Guillon.

BULLETIN DES SYNDICATS

La réquisition médico-légale.

Montaigu, le 27 octobre 1891.

A l'heure où l'obligation d'obtempérer aux réquisitions en matière médico-légale va peut-être nous être imposée par un texte de loi formel, il m'a semblé utile de rappeler à nos confrères, que la réquisition qui leur est remise doit exprimer en toutes lettres qu'il *« y a soupçon de crime »*. Sans cela ils ne pourraient prétendre au légitime paiement de leurs honoraires, comme le prouve le fait suivant que je vais rapporter.

Le 18 septembre 1890, mon confrère et excellent ami le Dr Paris, de Chantonney (Vendée), recevait de M. le juge de paix de cette même localité, une réquisition ainsi conçue :

« Le Juge de paix du canton de Chantonney requiert M. Paris, docteur en médecine à Chantonney, de l'accompagner aujourd'hui à Rochetréjoux, pour y procéder à l'examen d'un cadavre qui y a été trouvé, à l'effet de connaître les causes de la mort et de dire si elle doit être attribuée à un accident ou à la volonté du défunt. M. Paris rédigera, de son opération, un rapport qui sera adressé le plus tôt possible, au soussigné.

Le juge de paix,
Benos (?). »

M. le Dr Paris obéit à la réquisition, fit son rapport, et, le 19 juin 1891, adressa son mémoire qui se montait à la somme de 10 fr. 50, à M. le Procureur de la République près le tribunal de la Roche-sur-Yon.

A la date du 23 juin suivant, M. le Docteur Paris recevait en communication une lettre du substitut près le même tribunal, dont voici la copie :

« Soit transmis à M. le Juge de paix à Chantonney.

Faire connaître au docteur Paris, à Chantonney que je ne puis soumettre le présent mémoire au visa de monsieur le Procureur Général, attendu qu'il a été requis indûment par M. le juge de paix, alors qu'il n'y avait pas « soupçon de crime » dans l'affaire.

Avant de pouvoir faire viser le présent mémoire, il faudrait que le docteur Paris priât M. le juge de paix Benos (?) de lui remettre une réquisition régulière pour soupçon de crime, et non pas pour mort accidentelle ou suicide.

Il voudra bien ensuite me retourner les piéces régularisées.

X. X.,
Substitut.

Le Juge de Paix de Chantonney qui a signé la réquisition, ayant quitté le département de la Vendée, il sera peut-être impossible à notre confrère de se faire payer le montant de ses honoraires.

En consultant la collection du « Concours médical », on retrouverait l'histoire d'un confrère qui, dérangé la nuit pour un cas analogue à celui du docteur Paris, n'a pu se faire payer ses honoraires : *il n'y avait pas crime.*

Pareille mésaventure est arrivée sans doute à plus d'un confrère ; veillons tous à nous l'éviter.

Veuillez agréer,

Dr Mignen,
Président de l'Union.

Syndicat de Nantes.

Nous publions, in extenso, ce compte rendu. Il montre combien ce syndicat de Nantes est actif et combien son action est considérable ; c'est un exemple bon à mettre sous les yeux de tous les syndicats.

A. C.

Séance générale annuelle du 16 *avril* 1891.

Présidence de M. Porson, président.

Assistaient à la séance : MM. les docteurs Cellier, président du Syndicat de la Mayenne, et Cailleteau, président du Syndicat de Montaigu, MM. Porson, Destez, Patoureau, Chachereau, Luneau, Josso, Lacambre, Hardy, Crimail, Huet, Plantard, Attimont, Grimaud, Guyon, Saquet, Branchu, Blaizot.

Remerciements au Dr Cellier.

M. le Président ouvre la séance en remerciant le docteur Cellier de s'être rendu à l'invitation du Syndicat. Il loue l'énergie dont il a fait preuve dans la création du Syndicat de la Mayenne. Il croit que les Syndicats d'une même région doivent avoir des rapports fréquents et il est heureux de constater que le docteur Cellier partage ses idées sur ce point, ainsi que sur beaucoup d'autres.

M. le Président rappelle en effet que, à son dernier voyage à Paris, où il est allé représenter l'Association générale à l'Assemblée annuelle, il a, de concert avec quelques confrères de la province, entre autres les docteurs Cellier et Mignen, mené une campagne à l'effet de faire entrer un plus grand nombre de médecins de province dans le Conseil de l'Association. Ces efforts n'ont pas abouti, par suite du défaut de propagande faite en temps utile, mais ils ont permis de constater qu'une importante minorité d'un tiers des membres présents était gagnée aux idées qu'ils défendaient ; ce qui donne de sérieuses chances de succès pour les années prochaines.

Lettres d'excuses.

M. le Président donne lecture de lettres d'excuses des docteurs Cousin (de Lorient), président du Syndicat du Morbihan, Serph, président du Syndicat de Challans, invités à la réunion et au banquet, et Toché, secrétaire des séances, qui demande à être relevé de ses fonctions.

M. le Président prononce ensuite l'allocution suivante, fréquemment applaudie.

Allocution de M. Porson, président.

Messieurs et chers Confrères,

Un événement des plus importants pour le corps médical s'est produit récemment : je veux parler de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine présentée à la Chambre des Députés et votée par elle le 17 mars dernier. Dans quelques mois, il faut l'espérer du moins, cette loi que nous réclamions depuis si longtemps et qui apporte de si nombreuses améliorations à notre profession, entrera complètement en vigueur.

Dans cette loi un point en particulier nous intéressait : c'était l'application au corps médical des bénéfices de la loi sur les syndicats. La Chambre a voté l'article spécial qui règle cette question sans la moindre discussion, ce qui prouve combien l'interprétation donnée par la Cour de Cassation à la loi sur les syndicats était erronée. Le Sénat ne fera certainement pas moins pour nous que la Chambre des Députés.

Nous devons être fiers de ce résultat, car il n'est pas douteux que si, dans nos Sociétés professionnelles, nous n'avions pas depuis cinq ou six ans provoqué une agitation des plus vives sur cette question, pendant longtemps encore le jugement de Domfront aurait eu force de loi. Plusieurs de nos confrères dans cette circonstance ont droit à notre reconnaissance pour le dévouement qu'ils ont déployé à faire triompher nos revendications ; je ne puis les rappeler tous, mais il en est un que je tiens à citer, parce que plus que tout autre, par ses instances réitérées et pressantes auprès du Gouvernement et de ses collègues de la Chambre, il a fait aboutir la question : je veux parler de l'honorable docteur Chevandier, député de la Drôme, rapporteur de la loi sur l'exercice de la médecine. Je vous demanderai, ce soir, de lui envoyer une adresse en témoignage de notre reconnaissance.

Nous allons donc avoir bientôt une existence légale ; nous pourrons donc marcher la tête haute à la défense de nos intérêts et de notre dignité professionnelle. Puisse cette situation nouvelle être comprise de tous nos confrères restés jusqu'ici éloignés de nous ! C'est qu'en effet, Messieurs et chers Confrères, si nous comprenions tous les avantages d'une telle association, pas un médecin, soucieux de l'avenir de notre profession ne resterait en dehors de nos rangs. Dieu veuille qu'une dure nécessité ne les amène pas de force, un jour, à se rallier à notre drapeau !

Chaque jour, en effet, les associations s'organisent autour de nous de plus en plus nombreuses et comprennent davantage leurs intérêts. La mutualité que les classes, même les moins élevées, pratiquent avec une science que nous ignorons nous-mêmes, fait de rapides progrès, et dans quelques années elle aura gagné toute cette catégorie de la société dont vit le praticien à ses débuts et souvent même pendant toute sa carrière.

Il est temps, Messieurs, que nous ayons voix au chapitre ; il est temps que nous fassions comprendre aux Sociétés de secours mutuels que, s'il est juste qu'elles recherchent dans l'association les moyens de lutter contre les aléas de la maladie, elles doivent aussi se souvenir que leurs intérêts ne sont pas seuls en jeu et que les nôtres ne doivent pas être méconnus. Et si nos justes revendications ne sont pas entendues, il faut que par notre entente nous imposions à ces Sociétés

des habitudes et des procédés plus équitables à notre endroit.

Déjà, nous sommes entrés dans cette voie avec plusieurs Sociétés et avec l'Administration municipale ; nous ne tarderons pas, soyez-en sûrs, à en recueillir les résultats.

A ce propos, j'ai le plaisir de vous apprendre que la Municipalité est à la veille de donner satisfaction à nos réclamations relativement au service de nuit. Je n'ai pas de meilleure preuve à vous donner des conséquences de la solidarité ; croyez-vous qu'isolés nous eussions pu remporter un pareil avantage ?

La semaine dernière, à la réunion générale de l'Association, à Paris, j'entendais un confrère, autorisé dans les questions de mutualité, M. Lagoguey, accuser le corps médical de négligence et d'indifférence à l'endroit de ses intérêts les plus chers. C'est avec raison qu'il rappelait qu'un journal belge, *le Scalpel*, s'élevait naguère contre l'incurie et l'indifférence résignée des médecins. « En contact incessant avec les Sociétés de se« cours mutuels, disait ce journal, et souvent vic« times des exigences et des tarifs dérisoires de « ces Sociétés, les médecins n'ont même pas su « gagner à cette fréquentation coûteuse la no« tion exacte de la puissance de la solidarité. »

Messieurs et chers Confrères, ne méritons pas plus longtemps ces reproches, et puisque la loi nous en donnera bientôt le moyen, mettons-nous tous à l'œuvre, et travaillons plus que jamais à améliorer notre profession et à en élever en même temps, le plus haut possible, le niveau moral.

Vous verrez tout à l'heure, par le compte rendu que va vous faire notre dévoué et habile Secrétaire général des travaux de l'année, que votre syndicat n'a pas perdu son temps depuis notre dernière assemblée générale. Les habitudes léguées par nos devanciers dans le bureau de notre Société, nous nous sommes efforcés de les continuer, et nous ne doutons pas que ceux d'entre vous qui vont être appelés à nous succéder n'apportent le même zéle à la défense de vos intérêts, le pli étant désormais pris et pour longtemps.

Vous allez avoir dans cette séance à renouveler les membres de votre bureau comme l'exigent vos statuts ; pour ce qui me concerne, j'insisterai plus que jamais pour que vous me permettiez de rentrer dans les rangs, afin, comme je vous l'ai déjà dit, que chacun de nous vienne à son tour se rendre compte par lui-même des desiderata de la profession et du bien qu'il peut faire.

En quittant la présidence, je remercie tous les membres de la Société de la confiance qu'ils m'ont témoignée pendant ces trois années où j'ai eu l'honneur de les présider ; je remercie aussi mes collègues du bureau du concours dévoué qu'ils m'ont constamment prêté dans l'accomplissement de mes fonctions.

(*A suivre.*)

REPORTAGE MÉDICAL

Enseignement de la médecine dans les hôpitaux. — Comme complément à la proposition de M. Strauss au Conseil municipal, nous citons les propositions assez différentes de MM. *Navarre* et *Vaillant*.

M. Navarre a fait la proposition suivante:

Deux chaires de clinique médicale et une chaire de clinique chirurgicale seront créées dans un hôpital de Paris à désigner ultérieurement.

L'enseignement sera donné par les médecins et chirurgiens des hôpitaux, parmi lesquels les titulaires seront choisis par le Conseil municipal, d'accord avec l'administration de l'Assistance publique, et auxquels sera conféré le titre définitif de *professeur de clinique des hôpitaux de Paris.*

Les cours de clinique comprendront :

1° La pathologie ;

2° Le diagnostic avec ses déductions pronostiques et thérapeutiques.

Les cours de clinique médicale seront faits par deux professeurs : l'un sera chargé du cours de pathologie, l'autre du cours de diagnostic.

La séméiologie sera enseignée à la Clinique de pathologie en ce qui concerne *la technique* du signe et sa *physiologie pathologique*, et à la Clinique de diagnostic en ce qui concerne la *valeur séméiotique* du symptôme.

Les cours de clinique chirurgicale seront confiés à un professeur qui enseignera la pathologie, le diagnostic et la séméiologie.

Le programme des cours devra être parcouru dans l'espace d'une année.

Un laboratoire d'anatomie pathologique, d'histologie et de bactériologie sera annexé à cet hôpital.

Enfin, dans une autre séance du Conseil municipal, M. *Vaillant* a déposé la proposition suivante:

« Le Conseil délibère :

« En accord avec la Faculté, comme complément des services, cours et exercices de l'Ecole et des services déjà établis par la Ville, et qu'elle se réserve de développer :

« 1° Tous les services médicaux et chirurgicaux des hôpitaux seront, suivant une progression aussi rapide que possible, ouverts à l'enseignement clinique, au fur et à mesure de l'établissement dans ces hôpitaux des laboratoires nécessaires et suffisants ;

« 2° Il sera construit ou établi dans chaque arrondissement, ou dans des sections définies d'arrondissement, un hôpital-dispensaire avec amphithéâtres et laboratoires qui sera le centre principal pour l'arrondissement ou la section de l'enseignement du service policlinique (dispensaire et soins à domicile ou policlinique proprement dite) ;

« 3° L'Administration et la 5e Commission sont invitées, après avoir entendu notamment MM. Bourneville, Passant, etc., et les auteurs des divers projets à présenter avec les demandes de crédits utiles, un projet d'exécution fondé sur les bases des considérations et dispositions qui précèdent.

« Signé: Vaillant, Chauvière, Rouanet, Charles Longuet, Baudin. »

Nous aurons l'occasion de discuter ces trois propositions lorsque la Commission chargée de les examiner aura fait son rapport.

— *Victime du devoir professionnel.* — On lit dans l'*Année médicale de Caen* :

Le Dr Pierre Colombe (de Lisieux) est tombé dans la force de l'âge, à 37 ans, étouffé par une angine diphtéritique, contractée au chevet de ses malades. Sa mort a été un deuil public. Les magasins se sont fermés. Ses obsèques ont donné

lieu à une imposante manifestation populaire. Quant à la presse locale, sans distinction d'opinion, elle a rendu un hommage éclatant à sa mémoire.

— La Société médicale de l'Elysée vote les conclusions suivantes :

1° Le médecin ne doit pas être tenu de faire la déclaration des maladies épidémiques.

2° Si cette déclaration peut être rendue exigible pour d'autres personnes, cet article doit trouver place non dans la *loi Chevandier*, mais dans une *loi sanitaire*.

Nous partageons cet avis et nous avons indiqué la solution : le *médecin fait la déclaration au chef de la famille, sur un carnet à souche, sur lequel ce dernier doit signer que déclaration lui a été faite.* La responsabilité ne peut incomber au médecin.

— Voici les deux articles adoptés par la Commission du Sénat qui examine la *loi Chevandier*, à la majorité de 5 voix contre 2 (les deux membres absents, favorables à la majorité).

Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat.

Sur la proposition de M. *Cornil*, on a ajouté les mots (FACULTÉS, *écoles de plein exercice et écoles préparatoires, réorganisées par décret*) et le paragraphe suivant :

« *Les douze premières inscriptions pourront être prises et les deux examens probatoires subis devant une école préparatoire organisée conformément au décret ci-dessus.* »

— Le Dr Madeuf, bi-licencié ès sciences, fera tous les mardis, à huit heures du soir, à l'école pratique de la Faculté un cours sur les maladies du nez et de leur rapport avec les affections des oreilles, de la gorge, du larynx, etc. Le mercredi soir, conférence pratique de technique rhino-laryngologique, présentations de malades — médecine opératoire.

— *Clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts.* — Les conférences cliniques recommenceront le lundi 9 novembre, à 2 heures. Comme les années précédentes, toute l'ophthalmologie sera passée en revue au point de vue théorique et au point de vue pratique, dans le courant du semestre d'hiver. Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant :

Lundi : Dr Kalt, maladies des paupières, des voies lacrymales, des muscles de l'œil, de l'orbite.

Jeudi : Dr Valude, maladies du cristallin et des membranes internes de l'œil, glaucome.

Vendredi : Dr Trousseau, maladies de la conjonctive, de la cornée, de la sclérotique et de l'iris.

Samedi : Dr Chevallereau, réfraction, lunettes, examen fonctionnel de l'œil.

Mardi : Dr Dubief, démonstration de pièces anatomo-pathologiques.

Mercredi : Présentation et discussion de malades par les médecins de la clinique.

Tous les jours à midi et demi, consultation et opérations.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de MM. les Drs FARGIER-LAGRANGE, de Tournon, (Ardèche) ; G. ALPHANDÉRY, d'Alais (Gard), membres du Concours médical.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Viennent de paraître :

Eaux minérales naturelles *autorisées* de France et d'Algérie, par MM. E. Egasse et Dr Guyenot-Outhier, avec préface de Dujardin-Beaumetz, in-8° carré de 600 pages. Prix : 7 fr. 50, net 6 fr. franco pour MM. les membres du Concours.

Ce livre, *nouveau en France*, est destiné à donner des indications précises sur la composition chimique des eaux minérales autorisées, sur leur emploi en thérapeutique, etc. Un *index bibliographique* extrêmement complet permet de rapporter chacune des sources aux maladies pour lesquelles elles sont indiquées. C'est en quelque sorte un bréviaire sérieux d'hydrologie ; aucune source, et elles sont nombreuses, puisque le volume a 600 pages, n'a été omise. Les auteurs ont du reste un nom autorisé en semblable matière.

L'Eclairage dans les ateliers de photographie, par P.-C. Duchochois, traduit de l'Edition américaine, par C. Klary, in-8° carré de 120 pages. Prix : 3 fr.

La table des matières que nous reproduisons est le plus éloquent éloge de cet excellent volume.

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre I. — Principes généraux qui doivent être observés pour faire des portraits. — Balance. — Répétition. — Règles qui doivent être suivies pour faire des portraits. — Exemples. — Composition des groupes. — Exemples. — L'expression, moyens de l'obtenir. — La ligne d'horizon. — La distance. — Premières études.

Chapitre II. — L'éclairage. — Différentes manières de distribuer la lumière.

Chapitre III. — Règles et effets d'éclairage.

Chapitre IV. — L'atelier de pose du photographe. — Son orientation. — Sa construction. — Moyens de diriger, de régulariser la lumière et de modifier son action actinique.

Chapitre V. — Les fonds. — Eclairage des fonds. — Fonds pour vignettes. — Fond et appareil de pose combinés. — Les fonds d'intérieurs et de paysages.

Chapitre VI. — L'éclairage du modèle. — Exemples. — L'éclairage à la Rembrandt. — Défauts qui doivent être évités. — Portraits de profil. — Cartes russes. — Vignettes ferrotypes. — Le réflecteur de tête.

Chapitre VII. — Les yeux. — Direction des yeux. — L'éclairage des yeux bleus. — Une simple règle pour placer le modèle dans la lumière. — Réglementation des yeux. — Remarques pour conclure. — Comment il faut étudier les effets de lumière et d'ombre. — Importance des objectifs à long foyer. — Le foyer. — L'éclairage en relation avec les objectifs. — Conclusion.

Appendice. — Le développement des négatifs en relation avec l'éclairage. — Emploi des plaques au gélatino-bromure orthochromatiques pour les portraits.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Sur une épidémie de tuberculose à l'usine municipale d'électricité.

M. G. *Arthaud* a établi, dans une communication à l'Académie, en s'appuyant sur l'examen de 35 malades constituant la majeure partie du personnel de l'Usine municipale d'électricité qui comprend de 35 à 40 personnes, l'existence d'une épidémie de tuberculose dans cette usine. Sur 35 ouvriers, il a trouvé 32 tuberculeux, dont 4 d'ancienne date et 23 dont l'inoculation est certainement postérieure à leur entrée à l'usine. Ces 23 malades sont atteints de tuberculose au début à divers degrés d'évolution, les uns avec respiration rude localisée et expiration prolongée, les autres avec râles ou craquements. La durée de la période d'incubation a paru être de deux mois.

M. Arthaud rappelle à ce sujet les données qu'il a précédemment apportées au dernier Congrès et signale à nouveau l'importance extrême de la contamination des tuberculeux par les locaux de réunion et d'habitation, quand la durée des séjours dépasse un mois.

Hémispasme glosso-labié par hystérie chez un tabétique.

M. *Sirédey* a observé un malade, âgé de 45 ans, chez lequel la coïncidence de phénomènes tabétiques et d'un seul symptôme d'hystérie a rendu réellement difficile le diagnostic de cette dernière affection.

Ce malade n'a pas d'antécédents héréditaires ; ses parents se portaient bien ; sur quatorze frères ou sœurs qu'il a eus, une fille seulement était nerveuse, et eut, pendant une dizaine d'années, des attaques violentes avec perte de connaissance et convulsions. Les antécédents personnels du malade peuvent ainsi se résumer : syphilis il y a vingt ans ; en 1881, fracture de jambe, d'où diastasis et ankylose de l'articulation tibio-tarsienne ; en 1882, fracture presque spontanée de l'extrémité supérieure du fémur à la suite d'un simple faux pas. Cette fracture se compliqua d'une suppuration profonde et prolongée ; on trouve aujourd'hui un cal énorme et difforme et des cicatrices saillantes. En 1886, mal perforant plantaire double ayant nécessité, en 1890, l'amputation des deux orteils ; l'opération réussit bien. Enfin, depuis six mois environ, apparition des symptômes classiques du tabes : douleurs fulgurantes, troubles caractéristiques de la marche, abolition totale du réflexe rotulien, quelques crises vésicales ; pas de phénomènes oculaires.

Quand le malade entra à l'hôpital, il présentait, avec ces signes de tabes, une déviation très prononcée de la face. Cette déviation était survenue brusquement, le 10 septembre dernier, sans cause appréciable ; elle avait atteint d'emblée son maximum. La commissure gauche était tirée en haut et en arrière, le côté droit de la face était flasque et inerte. On aurait dit une paralysie du facial inférieur droit.

M. Siredey chercha d'abord à associer ces différents phénomènes ; il se demanda s'il ne s'agissait point là d'une névrite périphérique comme on en a décrit dans le tabes, ou si ce n'était pas une paralysie d'origine centrale analogue à ces paralysies radiculaires des nerfs de l'œil, si fréquentes chez les tabétiques ; d'autre part, ne devait-on pas incriminer la syphilis ? Aucune de ces hypothèses n'était complètement satisfaisante.

M. Babinski examina alors le malade et, en raison du début brusque de la déviation faciale, de quelques mouvements fibrillaires que présentaient les muscles faciaux du côté gauche, en raison aussi de ce fait que la commissure droite n'était point abaissée, tandis que la commissure gauche était fortement tirée en haut et en arrière, conclut à l'existence d'un hémispasme glosso-labié hystérique. Or, M. Siredey avait éliminé tout d'abord l'hystérie à cause de l'absence de tout stigmate. Le malade n'avait même pas manifesté jusqu'a-

lors cette impressionnabilité si commune chez les nerveux. M. Babinski maintint néanmoins son diagnostic de spasme glosso-labié hystérique, ce phénomène étant, de sa nature, assez caractéristique pour permettre de se passer d'autres symptômes.

L'événement justifia vite ce diagnostic. On voulut soumettre le malade à une tentative d'hypnotisme ; mais il se mit à trembler, à sangloter et il refusa de se laisser endormir. On tenta alors la suggestion à l'état de veille ; avec un mauvais appareil faradique, on imprima quelques secousses du côté droit de la face et aux muscles de la langue. Au bout d'une à deux minutes,on ordonna au malade de ramener sa langue à droite. Il exécuta le mouvement, et, en même temps, il écartait la commissure labiale droite jusque-là immobilisée. Ces résultats n'ont fait que se confirmer depuis lors, mais le nervosisme, jusque-là latent, s'est beaucoup accentué.

Cette observation est donc intéressante à trois points de vue : 1° marche un peu insolite du tabes qui a débuté par des troubles trophiques : mal perforant double, et, peut-être aussi, lésions du fémur expliquant une fracture produite par une faible contraction musculaire à la suite d'un faux pas ; 2° coexistence du tabes et de l'hystérie ; 3° manifestation mono-symptomatique de l'hystérie sous forme de spasme glosso-labié, à l'exclusion de tout autre trouble sensitif ou moteur, et chez un homme de 45 ans n'ayant jamais jusque-là présenté aucun trouble nerveux.

Contractures dans l'intoxication par le sulfure de carbone.

Le 17 octobre dernier, une jeune fille de 15 ans entrait à Necker dans le service de M. *Rendu* pour des contractures des membres inférieurs et des muscles masticateurs. Cette malade était employée, depuis trois ans, à vulcaniser du caoutchouc. Jusque-là, sa santé avait été bonne ; la menstruation s'était établie à 12 ans et avait toujours été régulière. Depuis qu'elle était exposée à des vapeurs sulfo-carbonées, elle avait de temps à autre des céphalalgies passagères, des étourdissements, phénomènes indiqués depuis longtemps par Delpech comme première manifestation de l'intoxication par le sulfure de carbone. En outre, ses règles avaient une durée insolite de huit et dix jours.

En septembre dernier, les malaises s'accentuèrent : la céphalalgie revenait chaque soir et ne se dissipait que fort tard dans la nuit ; en même temps, anorexie, nausées, douleurs vagues dans les membres inférieurs. Enfin, le 15 septembre, il se produisit une contracture douloureuse des mâchoires, suivie bientôt de raideur du cou et de la colonne vertébrale. La contracture gagna les jambes, puis les bras. Bientôt l'impotence fonctionnelle fut complète, et la malade, ne pouvant ouvrir la bouche, fut réduite à se nourrir exclusivement de lait.

Quand elle entra à l'hôpital, elle présentait, en outre, un état saburral très marqué et une stomatite intense, contrastant singulièrement avec une denture irréprochable. Le muscle frontal contracturé ridait le front et relevait les sourcils, les paupières étaient clignotantes, et la contraction des zygomatiques donnait à la face une expression bizarre.

Sensibilité intacte ; réflexe plantaire normal ; au contraire, réflexe patellaire très exagéré ; trépidation épileptoïde facilement provoquée par le redressement brusque du pied.

Comme traitement contre la stomatite, badigeonnage trois fois par jour avec un pinceau imbibé d'eau oxygénée et gargarismes antiseptiques fréquents ; contre les contractures, 4 grammes de chloral par jour et bain tous les deux jours.

L'état s'améliore rapidement ; la guérison est complète le 28 octobre.

L'interprétation de ces phénomènes n'est point très facile. La première question qui se pose est

---

FEUILLETON

Les intérêts des médecins et le projet de loi sur l'Assistance publique dans les départements (1).

Il s'agit de régler l'Assistance publique
Dans les départements. Rendra-t-on général
Ce qu'on fait à Paris ? Cela serait logique.
Mais il en coûterait, et le point capital,
C'est de trouver l'argent : s'il est peu difficile
Pour tant d'autres détails de créer au budget
Un article nouveau parmi les mille et mille
Qu'on y compte déjà, c'est un bien gros projet
Du moment qu'il s'agit de la gent médicale.
A quoi bon nous payer ? Ce n'est pas cependant
Que nous roulions sur l'or, mais c'est chose anormale;
Il n'est pas pour cela, je crois, de précédent
Et les précédents sont, devant la rectitude
Des administrateurs, d'un poids très décisif.
Or les pouvoirs publics n'ont pas pris l'habitude
De compter avec nous : c'est là le grand motif
De l'échec que je crains. N'est-il pas fort étrange
Pour changer maintenant d'avoir tant de souci ?
Que notre zèle ait droit à des mots de louange,
Très bien, quoique, à vrai dire, en nous disant merci,
On fasse bien assez ; mais n'est-il point baroque
Qu'il s'agisse à présent d'y joindre quelque argent ?
Il est dans cette idée une chose qui choque :
Le médecin est fait pour soigner l'indigent,
Et c'est si naturel que, sans lui faire injure,
On ne peut lui parler rémunération.....
Qu'à nous également l'existence soit dure,
Comme aux autres, hélas ! et qu'à l'occasion
A peine nous puissions élever nos familles,
On n'a pas le loisir de s'en préoccuper ;
On nous voit rarement revêtus de guenilles
Et l'on ne se dit pas que l'habit peut tromper.
Ce grand mot d'Assistance à plus d'un philanthrope
D'éloquents plaidoyers a fourni le sujet,
Surtout en notre France ; il n'est pas en Europe
De pays où les mots produisent plus d'effet
Et soient plus fréquemment acceptés pour la chose.
La société doit, répète-t-on en chœur,
Secours aux malheureux ; soit en vers,soit en prose,
C'est le refrain banal ; mais, ce besoin du cœur
Une fois satisfait par de belles paroles,
Combien en voyons-nous mettre leurs actions
D'accord avec les mots ? Ce sont des hyperboles
Et ce n'est pas gênant. Dans les élections
Ne voit-on pas souvent ceux qui de leur commune,
— S'en croyant l'ornement, l'oracle le plus beau, —
Visent à gouverner, à gérer la fortune,
Mettre sur leur programme, en guise de drapeau,
Le droit à l'Assistance ? Une fois la timbale
Décrochée, en voit-on beaucoup s'en souvenir ?

(1) Nous allons dimanche discuter le projet d'assistance. Nous avons voulu publier cette petite satire d'un aimable confrère comme préambule à la discussion.

celle de savoir s'il y a corrélation pathogénique ou simple coïncidence entre ces deux phénomènes : contracture et stomatite, et l'absorption de vapeurs sulfo-carbonées. En second lieu, quels sont les rapports qui relient la contracture à la stomatite ?

Sur la première question, le doute ne semble pas permis : le début des accidents, leur évolution et leur succession appartiennent bien à l'intoxication sulfo-carbonée.

Mais, est-ce la contracture qui, par l'occlusion permanente des mâchoires, a provoqué la stomatite, ou bien celle-ci est-elle primitive et a-t-elle été le point de départ de la contracture ?

La marche des accidents ne justifie pas cette dernière manière de voir.

En effet, la contracture a précédé de plusieurs jours la stomatite, dont la production ne s'explique que par une occlusion presque complète de la bouche rendant impossibles les soins de propreté et favorisant les fermentations. On doit maintenant se demander si l'intoxication sulfo-carbonée est la cause directe des troubles nerveux ou si elle n'a pas agi simplement en développant des phénomènes hystériques. En effet, la contracture est exceptionnelle dans l'intoxication par le sulfure de carbone ; elle est, au contraire, commune dans l'hystérie. De plus, l'intoxication est une cause provocatrice de l'hystérie, comme l'a démontré M. Marie.

Mais, chez cette jeune malade, l'absence d'antécédents nerveux, héréditaires ou personnels, et l'absence de tout stigmate hystérique, font repousser l'idée d'une hystérie toxique. Les contractures, qui n'ont d'ailleurs pas les caractères des contractures hystériques, sont donc bien sous la dépendance directe de l'intoxication. Le sulfure de carbone a agi ici comme la plupart des substances qui paralysent le système nerveux, et dont les effets hyposthénisants sont, presque toujours, précédés par une excitation préalable des centres nerveux.

Les cas analogues à celui de M. Rendu doivent être absolument rares. Jamais on n'a signalé, dans l'intoxication sulfo-carbonée, une occlusion de la bouche par contracture des masséters ; la production de la stomatite par cette occlusion prolongée, et la durée insolite des phénomènes de rigidité donnent aussi un grand intérêt à cette observation.

Un nouvel antiseptique intestinal ; le benzoate de naphtol ou benzo-naphtol.

MM. *Yvon* et *Berlioz* font observer que depuis quelque temps on emploie dans la pratique médicale, en remplacement du naphtol β, une combinaison de ce dernier avec l'acide salicylique : le salicylate de napthol ou bétol. Ce produit n'est pas toujours le même ; celui qui a paru donner les meilleurs résultats provient d'une fabrique allemande qui n'a pas fait connaître son procédé de préparation. En outre, le salicylate de naphtol ne répond pas à toutes les indications thérapeutiques. Il est certains cas où, le rein étant malade, l'acide salicylique peut présenter des inconvénients.

Il existe d'autres acides organiques capables de se combiner au naphtol β pour donner des composés analogues au précédent. Parmi ces acides, l'acide benzoïque paraît réunir les meilleures conditions, tant au point de vue chimique qu'au point de vue thérapeutique. Ce corps n'est pas nouveau ; depuis longtemps il a donné d'excellents résultats entre les mains des médecins qui l'ont employé. Son pouvoir antiseptique est supérieur à celui de l'acide salicylique, et son coefficient de toxicité est plus faible.

Toutes ces considérations ont engagé Berlioz et Yvon à préparer une combinaison à laquelle ils ont donné le nom de *benzoate de naphtol* β ou *benzo-naphtol*.

On le prépare en traitant dans des conditions déterminées le naphtol β par le chlorure de ben-

---

Ils proclament le droit, — la chose est bien égale
A ce tas de farceurs, — mais, lorsqu'il faut fournir
Les fonds pour acquitter les frais de l'Assistance,
C'est une autre chanson : « Il est d'autres besoins
« D'abord à satisfaire avant cette dépense ;
« Les pauvres après tout ne manquent pas de soins,
« Puisque le médecin, quand il faut, les visite ;
« Ça ne changera pas, que l'on le paie ou non.
« Pourquoi diminuer du docteur le mérite
« Par un salaire ?... »
Au fait, ils ont presque raison,
Ceux qui parlent ainsi ; car c'est à nous la faute,
Etant assez naïfs, disons le mot, niais
Pour nous en contenter. Chacun fournit sa note ;
Que ne la donnons-nous ? La Commune jamais
A-t-elle osé montrer une telle exigence
Pour d'autres que pour nous ? Pour apaiser la faim
Des indigents, croit-on qu'on ait l'impertinence
Devant le boulanger de leur offrir son pain
Sans le lui rembourser ? A cette seule idée
On ne manquerait pas de jeter les hauts cris ;
Mais pour le médecin la chose est regardée
Comme très naturelle, et chacun est surpris
Lorsque, revendiquant pour lui sa bienfaisance,
Tout en donnant ses soins aux indigents pour rien,
Il veut qualifier comme il faut l'impudence
De gens prétendant faire à ses dépens le bien.
Ce n'est donc que sur nous, surtout dans la campagne,
Qu'on compte pour cela. Si notre dévouement
Ne fait guère défaut, toutefois on ne gagne
Rien à ne pas avoir fondé de règlement
Régissant la matière avec un peu d'ensemble :
Cela vaudrait bien mieux que l'effort personnel
Auquel on fait appel dans chaque cas ; on semble
Le comprendre aujourd'hui ; le monde officiel
Paraît vouloir sortir de sa longue apathie.
Voilà deux ans passés qu'une Commission
Fut nommée à Paris et, comme garantie,
On y mit de grands noms. Quand de la session
De ce congrès se fit l'ouverture, — j'espère
Que vous en avez dû garder le souvenir, —
Le Ministre y trouva l'occasion de faire
Un éloquent discours ; c'est, j'en dois convenir,
Là déjà quelque chose, et, quand même il n'en sorte
Pas de plus amples fruits, on n'aurait pas perdu
Tout le temps. Un discours, voilà qui réconforte
Toujours la galerie, et, s'il s'est souvent vu
Bien des Commissions qui n'ont rien fait d'utile,
Il n'en est point qui n'ait à des parleurs adroits
Fourni l'occasion d'étaler un beau style ;
Nous parlons volontiers, dignes fils des Gaulois.
Un discours mène à tout ; pourvu que l'on pérore,
On devient important ; autant que les soldats,
Ce sont les beaux parleurs qu'à présent on décore ;
On les fait députés. Vivent les avocats !
Vous allez m'accuser d'être un peu trop sceptique
Et de juger le fruit avant la floraison.
Mon Dieu, je ne dis pas que le discours lyrique,
Fort bien tourné d'ailleurs dans sa péroraison,
Du Ministre Floquet fût de peu d'importance ;
Si vous le désirez, j'irai même plus loin
Et vous accorderai que dans la circonstance

zoyle ; le produit obtenu est dissous dans l'alcool bouillant et purifié ensuite par plusieurs cristallisations dans l'alcool, ou mieux par l'intermédiaire d'une solution alcaline. Il appartient à la série aromatique qui comprend également ses composants. Par refroidissement de sa solution dans l'alcool bouillant, il cristallise en aiguilles fines réunies en mamelons. Après purification au moyen d'une lessive de soude très étendue, il se présente sous la forme d'une poudre cristalline blanchâtre.

Comme pour le salicylate de naphtol, sa saveur et son odeur sont nulles. Il est presque complètement insoluble dans l'eau à la température ordinaire : à 22°, 1,000 grammes d'eau en retiennent 0 gr. 10 centigrammes.

Sa solubilité dans l'alcool croît très rapidement avec la température ; il est très peu soluble dans l'éther. Le chloroforme est le meilleur dissolvant ; 100 grammes de ce liquide en retiennent à froid 29 gr. 29. Son point de fusion est de 110°.

Quand on fait bouillir sa solution chloroformique en présence d'une pastille de potasse caustique, cette dernière ne doit pas du tout se colorer en bleu, ce qui indique l'absence de naphtol libre.

Le benzoate de naphtol β, introduit dans le tube digestif, se décompose en naphtol β qui reste dans l'intestin, et en acide benzoïque qui s'élimine par l'urine après avoir formé des combinaisons alcalines ; une partie de cet acide passe également à l'état d'hippurates alcalins.

Bien que les essais entrepris en vue de l'étude de son action physiologique et thérapeutique ne soient pas encore terminés, on peut cependant dès à présent tirer les conclusions suivantes :

1° Son coefficient de toxicité est très faible ; son pouvoir antiseptique est comparable à celui des autres substances réservées à l'antisepsie intestinale ;

3° Il facilite la diurèse et diminue considérablement la toxicité urinaire ;

4° La partie absorbée s'élimine rapidement par l'urine ;

5° Il peut être administré à des doses très fortes. On peut atteindre facilement le chiffre de 5 grammes par jour chez l'adulte et de 2 grammes chez l'enfant. Il est préférable de le donner par petites quantités qui seront répétées souvent : la dose de 0 gr. 50 centigrammes (et même de 0 gr. 25), contenue dans un cachet ou en suspension dans un véhicule quelconque, convient dans la plupart des cas.

L'épididymite syphilitique secondaire.

M. le Dr *Cuilleret*, dans sa thèse, assigne à cette affection les caractères suivants. L'épididymite syphilitique secondaire est une manifestation particulière de la syphilis, se montrant dès les premiers mois de la maladie le plus souvent, coïncidant toujours avec les accidents secondaires habituels, caractérisée par une tuméfaction d'un ou des deux épididymes, localisée ordinairement à la tête de l'organe, d'un volume souvent peu considérable, d'une consistance ferme, dure, uniforme, avec indurations en cercles concentriques, indolente spontanément et même souvent à la pression. Cette lésion est isolée ; le testicule, la vaginale, le cordon, la peau des bourses sont intacts, la fonction spermatique est respectée ; son début est le plus souvent insidieux et passe fréquemment inaperçu ; sa terminaison régulière est la résolution, la disparition complète dans un temps généralement très court.

Le début de l'affection se fait à la sourdine ; dans l'immense majorité des cas, c'est le médecin qui découvre la lésion.

En se basant sur le mode de début, on peut décrire à cette affection une forme chronique de beaucoup la plus fréquente, une forme subaiguë et une forme aiguë.

Dans la première, qui est la forme ordinaire, la tumeur souvent bilatérale varie du volume d'un pois à celui d'une noix ; elle siège sur la tête de

---

Nous en éprouvions tous le plus pressant besoin.
La Commission fut sans nul doute animée,
— Qui pourrait le nier ? — d'un esprit de progrès,
Et n'a mis que deux ans, chose inaccoutumée,
Pour accoucher enfin d'un projet. Mais après ?
Le projet est soumis, vous savez, à la Chambre,
Nouvelle étape qui n'est pas courte à franchir ;
Avant discussion il va faire antichambre.
Qui sait combien de temps ? Les cheveux vont blanchir
Certes à bien des gens dans la haute Assemblée,
Avant que cette loi ait franchi le débat,
Et je crains que la date en soit fort reculée ;
Ensuite il lui faudra passer par le Sénat.
Il est bien vrai que dans cette dernière phase
Peut-être pourrait-on compter sur le secours
De certain sénateur mutualiste, Maze...
Mais il ne promet pas de même tous les jours.
L'Administration, que chacun nous envie,
Ne peut pourtant manquer un prétexte aussi beau
D'un peu légiférer ; elle sera ravie,
Je pense, de créer un rouage nouveau
Et par là d'ajouter sûrement à tant d'autres
Pour son immense gloire un élément de plus.
Où trouve-t-on des lois plus belles que les nôtres,
Plus nombreuses surtout ? Nonobstant cet abus,
Celle-là nous manquait, quoique des plus utiles,
— Peut-être pour cela ; — voici venir son tour,
Sur son sort nous pouvons être un peu plus tranquilles.
Si ce n'est aujourd'hui, tout au moins quelque jour,
Certes à l'Officiel nous la pourrons bien lire.
Sera-ce au jour de Pâques ou de la Trinité ?
Soyons donc patients.
Sans esprit de satire,
On peut ne pas compter sur la vélocité
Du travail des Bureaux, où l'on fait bien des pauses,
Aimant à tout laisser mûrir dans les cartons.
Les Ministres d'ailleurs, hélas ! comme les roses,
Ne vivent pas longtemps de nos jours : redoutons
Qu'un ministre nouveau n'apporte, en cette affaire
Un esprit différent et, retirant la loi
Pour l'améliorer, afin de mieux nous plaire,
N'en retarde la fin de la meilleure foi.
Malgré ce que je crains de retards, d'anicroches,
C'est beaucoup que la loi soit mise sur chantier
Néanmoins. Supposons que les jours soient très [proches
Où, tout étant voté, dans un acte dernier
Quelque chef de bureau, pilier du ministère,
Puisant, comme il convient, son inspiration
Dans son doux rond de cuir, fera la circulaire
Envoyant aux Préfets notification
De cette loi, qu'enfin ceux-ci devront se mettre
En devoir d'obéir. Eh ! bien qu'adviendra-t-il ?
Croyez-vous par hasard que vous allez en être
Mieux payés désormais ? Il serait puéril,
Je crois bien, d'y compter ; qu'on ne s'illusionne
Pas beaucoup sur ce point, il faut vous garantir
D'un décevant espoir.
Si la loi fonctionne,
Nous n'en aurons sans doute, on peut le pressentir,
Qu'un très mince profit. Voici ce qu'on va faire,
— Je voudrais me tromper, mais je ne le crois point ;

l'épididyme, mais peut être facilement distinguée et isolée d'avec la glande séminale.

La forme subaiguë, fort rare, le plus souvent s'installe d'emblée et paraît coïncider avec une poussée assez intense d'accidents syphilitiques. La douleur et la tuméfaction sont plus marquées que dans la forme chronique. Quant à la forme aiguë, elle est si rare que l'on serait tenté de la rejeter absolument s'il n'existait pas quelques cas de ce genre très bien observés. En pareil cas, le début est brusque et annoncé par des douleurs très vives ; l'aspect clinique est celui de l'orchite blennorrhagique. Cet état reste stationnaire pendant huit à dix jours, puis rentre dans la forme chronique.

L'épididymite syphilitique est considérée comme rare ; cependant la statistique de plusieurs médecins lyonnais montre qu'on la rencontre environ dans un dixième des cas ; mais elle peut passer inaperçue si on ne la recherche pas.

La durée de cette affection n'est pas bien déterminée, mais on peut dire que, soumise au traitement spécifique, elle guérit très facilement, se résorbe en quelques semaines et disparaît complètement sans laisser à sa suite ni trouble fonctionnel, ni trace sensible de son passage.

Sa signification, comme symptôme local, est bénigne ; mais, à un point de vue général, elle indique une vérole qui doit être traitée soigneusement et qui peut présenter des accidents sérieux.

MÉDECINE PRATIQUE

Tableau sommaire de l'hystérie.

(Suite et fin.)

Attaques convulsives. — Zones hystérogènes. — Tremblements. — Contractures. — Paralysies. — Troubles trophiques. — Etat mental.

La pierre de touche du critique, c'est la lecture plume en main ; peu de livres résistent à cette épreuve. Les leçons cliniques de M. Pitres sur l'hystérie et l'hypnotisme sont un de ces livres-là, et rien qu'en réunissant les notes que j'ai prises au courant de ma lecture, je me trouve avoir fait cet article d'ensemble sur l'hystérie qui m'effrayait si fort.

J'en suis aux ATTAQUES CONVULSIVES, qui sont surtout l'apanage de l'hystérie féminine (82 pour 100), tandis qu'elles ne s'observent que dans 22 pour 100 des cas d'hystérie masculine.

On sait, depuis les travaux de M. Charcot, que, malgré leur diversité et leur apparente confusion, les phénomènes constitutifs de l'attaque se déroulent suivant certaines lois.

La GRANDE ATTAQUE HYSTÉRO-ÉPILEPTIQUE comprend : 1° les phénomènes prodromiques (auras) ; 2° l'attaque proprement dite, pendant laquelle se succèdent la période épileptoïde (avec ses trois phases tonique, clonique et de résolution), la période des contorsions ou de clownisme avec les phases des attitudes illogiques et de grands mouvements, la période des attitudes passionnelles, la période de délire ; 3° les accidents terminaux (contractures, paralysies, etc.) A cette classification de MM. Charcot et P. Richer, qui vise un ordre restreint de faits observés presque exclusivement dans des centres de « culture » de l'hystérie, soit hospitaliers comme la Salpêtrière, soit conventuels (Ursulines de Loudun, etc.), il est plus conforme à la réalité pratique de substituer la division de M. Pitres en PÉRIODE PRÆCONVULSIVE, comprenant trois stades successifs (auras psychique, sensitive, abdomino-ovarienne), PÉRIODE CONVULSIVE avec les phases de contracture tonique et de convulsions cloniques ; PÉRIODE POST-CONVULSIVE, phase d'hypnose avec délire.

Puis il y a les attaques *frustes*, incomplètes par absence de la période prodromique, ou de la période d'hypnose consécutive, ou par l'absence des périodes præ et post-convulsives ;—les attaques *anormales*, dans lesquelles les phénomènes convulsifs sont représentés par quelques secousses

---

Sous des titres pompeux plus d'un fonctionnaire
Sera d'abord créé, dont vraiment le besoin
Se fait très peu sentir ; mais c'est toujours la chose
Principale chez nous. Dans toute question
A l'étude, l'on voit tout d'abord une cause
De créer un emploi : dans cette occasion
On va donc bombarder deux ou trois pauvres hères
Des noms de Directeurs, d'Inspecteurs généraux ;
Ces gens si bien titrés ne désireront guères
Qu'inspecter les pavés. Les agents principaux,
S'ils travaillaient beaucoup, auraient trop de vergogne
Et seraient accusés de gâter le métier ;
Ils auront des commis pour faire leur besogne
Et naturellement quelques gratte-papier.
Ces derniers sont en tout la cheville ouvrière,
Car de nos jours sans eux rien de bon ne se fait ;
Ces merveilleux rapports en multiple exemplaire
Que les agents feront, qui donc les classerait
Bien méthodiquement avec des étiquettes
Dans de beaux cartons verts ? C'est un des plus [grands arts
De tous ces plumitifs, qui mettent des manchettes,
En entrant au bureau pour que, sous les regards
Du crédule public, ils semblent tant écrire
Que sans cette lustrine ils useraient l'habit !
Mais tout ce personnel d'augures, qui, sans rire
Sauront se regarder, a fort bon appétit ;
Il faut qu'à les payer premièrement on pensé.
Rien d'ailleurs de plus juste ; il faut bien que chacun
Vive de son métier et qu'une honnête aisance
Sur la fin de leurs jours soit leur destin commun,
Après que du pays ils ont fait les affaires,
Suivant un vieux cliché. Lorsque leurs traitements
Seront réglés, s'il reste encore, chers confrères,
Un maigre os à ronger, pour vos appointements,
On pourrait vous l'offrir, à moins que l'équilibre
Du budget n'en souffrît. Et pour ces quelques sous
Qu'on voudra me donner, on me croira moins libre
Sinon de refuser, — on sait que parmi nous
Cela ne se fait pas, — mes soins aux misérables,
Tout au moins de me plaindre : en effet dans ce cas
Volontiers on dira que des contribuables
Je mange la sueur et sans être plus gras
Qu'à présent, je serai passé budgétivore !
Me trompé-je ? Vraiment je n'en ai pas l'espoir,
Pour réussir je crois que nous sommes encore
Assez loin d'être à point ; enfin il faudra voir.
Ne refusons donc pas d'accepter les richesses
Qu'on fait luire à nos yeux ; mais, sceptiques, toujours,
Soyons persuadés que ces belles promesses
Ne deviendront des faits que quand dans le Concours
Nous serons tous unis ; et ce que je demande,
Pour l'instant, c'est que tous nous nous convain- [quions bien
Que c'est par là qu'il faut faire la propagande :
Où pourrions-nous trouver un plus certain moyen ?
Quand nous nous entendrons, nous aurons la victoire :
Sans vouloir rançonner à ce moment l'Etat,
Nous pourrons exiger qu'il ait bonne mémoire
Des services rendus et ne soit plus ingrat.

Dr G. (Var). 6 novembre 1890.

musculaires irrégulièrement disséminées, par des mouvements systématisés et coordonnés ou des spasmes rythmiques, par l'apparence absolument épileptiforme des convulsions.

A ce propos, il convient de rappeler que l'épilepsie est tout à fait distincte de l'hystérie, que l'expression d'*hystéro-épilepsie* désigne seulement des formes graves d'hystérie dans lesquelles les mouvements désordonnés du tronc et des membres sont précédés par des convulsions toniques semblables à celles qui s'observent au début des accès épileptiques ; l'hystéro-épilepsie n'est pas de nature épileptique.

Mais les deux névroses (hystérie et épilepsie) peuvent être associées chez un même malade qui présente alors alternativement des attaques hystériques franches et des accès épileptiques vrais. « L'épilepsie est une maladie fort grave, à évolution progressive, qui peut être quelquefois heureusement modifiée par l'usage des préparations bromurées, mais qui aboutit le plus souvent, à la longue, à une déchéance graduelle des facultés intellectuelles.... L'hystérie, même dans ses formes les plus sérieuses, a une marche essentiellement irrégulière, n'aboutit jamais à la démence, n'est pas utilement influencée par les préparations bromurées et en fin de compte elle comporte un pronostic incomparablement moins sévère que les manifestations de nature épileptique. »

Le *diagnostic entre les convulsions hystériques et les convulsions hépatiques* est donc d'une importance extrême ; il repose : 1° *sur les antécédents* : Epilepsie, début habituel entre cinq et neuf ans par accès complets ou vertiges du petit mal, sans provocation appréciable, souvent la nuit. — Hystérie, éclatant plutôt après la puberté (réserve faite pour des accidents d'hystérie infantile généralement non convulsifs), appelée d'ordinaire par quelque cause provocatrice d'ordre moral ; 2° *sur les caractères mêmes de l'attaque* : Epilepsie, début soudain, presque sans prodromes, quelquefois pendant le sommeil, avec un seul cri bref et rauque, morsure de la langue, et surtout miction et défécation involontaires, puis sommeil stertoreux ; en cas de répétition fréquente des accès, état de mal, élévation thermique, puis coma et mort, périodicité régulière non influencée par les circonstances extérieures. — Hystérie, caractères opposés sur ces divers points, et en outre existences de zones spasmogènes et spasmo-frénatrices. Enfin, analyse des urines rendues pendant les 24 heures avant et après les paroxysmes convulsifs (G. de la Tourette et Cathelineau). « Après les accès épileptiques, tous les excreta urinaires, particulièrement l'urée et l'acide phosphorique sont augmentés, tandis qu'ils sont diminués après les attaques hystériques. Après les accès d'épilepsie les phosphates terreux (de chaux et de magnésie) et les phosphates alcalins (de soude et de potasse) restent dans le même rapport qu'à l'état normal, c'est-à-dire dans celui de 1 à 3. — Après les attaques d'hystérie, le rapport des phosphates terreux et alcalins tend à s'égaliser, à devenir comme 1 est à 1. » 3° enfin *sur les symptômes persistant entre les crises convulsives* : stigmates hystériques sensitifs et sensoriels, — chez l'épileptique, paresse de la mémoire, inertie psychique, etc.

Un point important de l'étude de l'hystérie convulsive est la recherche des moyens de provoquer ou de faire cesser instantanément les attaques convulsives. Qu'entend-on par ZONES HYSTÉROGÈNES, *spasmogènes* ou *spasmo-frénatrices* ?

Il existe très fréquemment chez les hystériques des points du corps d'étendue variable, généralement assez limités, au niveau desquels une pression plus ou moins forte détermine les convulsions ; les plus habituelles se trouvent au niveau des régions mammaires sous-claviculaires, le long du rachis, près du pli du coude, ou à la face antérieure de l'avant-bras, au niveau du creux poplité, du pli inguinal, etc. Ce sont les zones spasmogènes.

Les zones spasmo-frénatrices les plus communes sont la région ovarienne, le creux épigastrique.

Les zones spasmogènes, qui peuvent être cutanées, sous-cutanées ou viscérales, peuvent disparaître temporairement sous l'influence de l'électrisation, de l'anémie locale, de la réfrigération. La connaissance des zones spasmogènes et spasmo-frénatrices permet d'éviter que les convulsions des hystériques soient exagérées ou prolongées par des manœuvres maladroites et inopportunes (attouchements) moyens de contention qui ont souvent pour effet d'irriter les zônes spasmogènes ; elle donne le moyen de provoquer artificiellement des attaques convulsives, soit pour faire cesser l'état pénible qui accompagne les auras prolongées, soit pour modifier certains accidents permanents de l'hystérie, soit pour fixer un diagnostic incertain. Enfin, par la compression des zones spasmo-frénatrices, on réussit dans beaucoup de cas à arrêter instantanément les attaques convulsives.

Pour atteindre ce résultat chez les malades qui n'ont pas de zones spasmo-frénatrices, on peut recourir, avec succès assez souvent, à la compression lente des globes oculaires qui amène le soleil hypnotique (Lasègue, P. Richer), à la suggestion verbale chez les malades suggestibles : « C'est fini, vous allez dormir, vous dormez ! » (Bernheim), à l'électrisation par les courants continus (30, 40, 80 éléments de l'appareil Trouvé en plaçant une électrode sur le front et l'autre sur un point quelconque du ventre ou des cuisses, puis en intervertissant à l'aide d'un commutateur, deux ou trois fois successivement, le sens du courant.

On peut encore recourir aux inhalations de bromure d'éthyle, d'éther, de chloroforme, de nitrite d'amyle, aux injections de morphine — exceptionnellement, à cause de la propension des hystériques à la morphinomanie, — aux lavements de chloral.

Enfin, en se basant sur les expériences de Féré, qui a fait connaître l'action dynamogénique des sensations visuelles chez les hystériques, M. Pitres a trouvé que certaines couleurs sont fort désagréables aux hystériques et provoquent des convulsions, que d'autres produisent en quelques secondes le sommeil hypnotique, que d'autres enfin leur donnent une sensation de bien-être. Il a fait cette recherche avec un châssis de lunettes à verres mobiles et un jeu de verres de différentes couleurs ; quand la couleur agréable eut été trouvée, il a suffi de faire porter à la malade des lunettes de cette couleur, chaque fois que survenaient les sensations prodromiques de l'attaque convulsive pour empêcher celle-ci d'éclater.

Poursuivant l'énumération des accidents hystériques, nous rencontrons les TREMBLEMENTS, qui peuvent être de très diverses apparences. Il en est à *forme trépidatoire*, à forme *vibratoire*, à

caractère de tremblement *intentionnel*, comme dans la sclérose en plaques. Ces tremblements hystériques ont été souvent la source d'erreurs de diagnostic, parce qu'ils peuvent simuler presque tous ceux des autres névroses ou affections organiques du système nerveux.

Les SPASMES RYTHMIQUES *localisés* : dans ce cadre rentrent certains spasmes sterno-cléïdo-mastoïdiens, la chorée électrique, certains tics, les spasmes saltatoires, salutatoires, oscillatoires et malléatoires. Une importance particulière est dévolue aux spasmes *respiratoires*, les uns expiratoires simples (*toux*, *renâclements* hystériques), d'autres inspiratoires simples (*hoquets*, *reniflements*), d'autres mixtes (*bâillements*, *éternuements*), d'autres enfin plus compliqués : parmi ceux-ci il en est qui rappellent l'*aboiement*, le *miaulement*, le *mugissement* ; il en est qui consistent en un trouble de l'articulation des mots : *bégaiement*. On s'est demandé si dans bon nombre de cas le bégaiement vulgaire n'est pas une manifestation persistante de l'hystérie infantile.

Une mention spéciale doit être faite pour le *mutisme* hystérique, « impotence fonctionnelle élective des muscles de la phonation », qui peut survenir brusquement à l'occasion d'une émotion violente et durer dix ans, comme dans un cas de Moure !

Je dois passer rapidement sur les CONTRACTURES, malgré leur très grande fréquence et leur importance et sur les paralysies ; car ce sont les accidents les plus connus. Chacun sait que la plupart des hystériques sont toujours en imminence de contractures et qu'il suffit d'amener l'ischémie locale d'un membre par l'application de la bande d'Esmarck pour y provoquer la contracture (diathèse de contractures, de la Salpétrière, expression peu conforme à l'idée que nous avons de la diathèse en pathologie générale). Rappelons l'*hémispasme glosso-labié*, qui a été longtemps confondu avec une paralysie faciale de l'autre côté. Mais il existe aussi des exemples incontestables de paralysie faciale hystérique.

Parmi les PARALYSIES (monoplégies, hémiplégies, paraplégies), ces dernières sont peut-être les plus difficiles à diagnostiquer d'avec les paraplégies de cause organique ; il en est de spasmodiques et de flaccides. On a beaucoup parlé dans ces dernières années de l'*abasie* ou *astasie*, forme spéciale de pseudo-paralysie, dans laquelle les malades conservent, lorsqu'ils sont couchés, toute la liberté de leurs mouvements et ne deviennent impotents que quand ils sont dans la position verticale. On en distingue trois variétés cliniques : 1° l'abasie à forme paralytique ; 2° l'abasie avec effondrement subit des jambes ; 3° l'abasie à forme sautillante.

Le *pseudo-tabes* hystérique présente un ensemble de symptômes sensitifs et moteurs rappelant le tableau de l'ataxie locomotrice : douleurs à type fulgurant, douleurs en ceinture, anesthésie plantaire, incoordination motrice, signe de Romberg, troubles rectaux et vésicaux ; on ne trouve ni le signe de Westphal (car les réflexes patellaires sont conservés ou augmentés), ni le signe d'Argyll Robertson (les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation).

Les TROUBLES TROPHIQUES de l'hystérie sont de connaissance très récente : *les œdèmes* pouvant simuler la phlegmatia alba dolens, la *réfrigération permanente* des jambes, l'*atrophie musculaire* hystéro-traumatique soit à l'occasion d'une paralysie, soit sans paralysie ni contracture préalables, l'affaiblissement rapide de l'excitabilité traumatique, l'eschare fessière et la chute spontanée des dents dans le cours d'une paralysie hystérique des quatre membres.

Nous avons souvent parlé des ACCIDENTS HYSTÉRO-TOXIQUES, c'est-à-dire des accidents hystériques provenant chez des individus intoxiqués par le plomb, l'alcool, le mercure ou le sulfure de carbone, et des accidents HYSTÉRO-TRAUMATIQUES ; nous avons dit que les uns n'y voient que l'éveil d'une hystérie latente, chez des héréditaires prédisposés, par des intoxications ou des traumatismes jouant le rôle d'agents provocateurs; d'autres pensent que les poisons et le trauma peuvent créer de toutes pièces la névrose. Parmi les poisons il faut ranger ceux des maladies infectieuses, celui de la syphilis surtout (M. Fournier parle souvent de l'*hystéro-syphilis*).

L'ÉTAT MENTAL DES HYSTÉRIQUES a été l'objet d'un assez notable dissentiment entre M. Pitres et d'autres hystérologues. Tardieu, M. Henri Huchard, Legrand du Saulle et la plupart des auteurs ont insisté surtout sur la simulation instinctive, le besoin incessant de mentir sans intérêt et sans objet, comme par amour de l'art. M. Pitres trouve cette opinion entachée d'exagération. Suivant lui, la plupart des prétendus *mensonges* des hystériques sont la conséquence d'hallucinations ou de conceptions délirantes. Les *hallucinations hystériques* sont habituellement visuelles, mobiles, fortement objectives ; elles ont souvent un caractère érotique (quoique fort rarement accompagnées de sensations voluptueuses) ; elles s'accompagnent dans bon nombre de cas de phénomènes douloureux persistants, leur souvenir reste ineffaçablement gravé dans la mémoire des malades. Suivant M. Pitres, « dans la grande majorité des cas, les hystériques qui dénoncent des innocents, racontent des aventures invraisemblables ou se posent en victimes d'outrages irréalisés, sont sincères dans leur déposition ; ce sont des malades hallucinées et non de vulgaires simulatrices. » Il y a probablement beaucoup de vérité dans ce point de vue ; cependant peut-être M. Pitres va-t-il un peu loin dans cette voie de réaction contre les idées généralement admises, et j'ai souvenir de bien des mensonges et romans d'hystériques où l'hallucination n'avait aucune part.

M. Pitres s'élève aussi contre l'opinion générale qui veut que les *tentatives de suicide* des hystériques soient des comédies sans portée, calculées de manière à ne jamais réussir. Il cite des cas de suicides d'hystériques parfaitement réalisés, et il ajoute que, si le suicide des hystériques aboutit rarement à la mort, c'est qu'il est le résultat de déterminations soudaines, irréfléchies, qu'il n'est ni prémédité, ni longuement préparé.

Ce n'est pas à la fin d'une revue si rapide et si sommaire, qu'il y a lieu de développer le TRAITEMENT des accidents hystériques. Contentons-nous de dire que les médicaments n'y jouent qu'un rôle insignifiant, que les bromures notamment sont d'à peu près nul effet. L'hydrothérapie et l'électrisation statique, le traitement moral surtout, sous toutes ses formes : isolement, suggestion avec ses modes multiples, et l'hypnotisme, auquel M. Pitres a consacré plusieurs centaines de pages du plus haut intérêt mais dont l'analyse m'entraî-

nerait trop loin, — voilà tout l'arsenal dont nous disposons ; c'est peu ou c'est beaucoup, suivant la manière dont on sait s'en servir.

P. LE GENDRE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Administration d'huile de foie de morue phosphorée. Prévention d'homicide par imprudence.

Lundi, a comparu devant la dixième Chambre du tribunal correctionnel de Paris le Dr Métivier, prévenu d'homicide par imprudence sur la personne d'un enfant de deux ans.

La prévention expose les faits suivants :

« Le vendredi, 3 avril 1891, Mme Daeyaert, ayant un enfant malade, le conduisit au dispensaire de la rue des Cendriers et le présenta à l'examen du Dr Métivier qui prescrivit l'application d'huile camphrée sur le ventre et, le lendemain, une médecine à l'huile de ricin. L'enfant étant atteint de rachitisme et la mère s'en étant plainte, le Dr Métivier le traita avec de l'huile de foie de morue phosphorée et les 6, 7, 8, 9 et 10 avril, Fernand Daeyaert, âgé de deux ans, but chaque jour une cuillerée de cette huile. Le 11, il a été pris de vomissements, et le docteur cessa d'administrer l'huile de foie de morue phosphorée, qu'il remplaça par l'huile de foie de morue ordinaire, mais l'intoxication par le phosphore avait produit son effet. L'enfant, après de cruelles souffrances est mort le 15 avril, à trois heures et demie du matin, à l'hôpital Trousseau, où il avait été transporté dans la soirée du 14.

Le 20 avril 1891, après autopsie et examen des viscères de l'enfant, le Dr Legroux rédigeait un rapport qui se termine ainsi :

« Il résulte des observations cliniques, des lésions anatomiques et des recherches chimiques, que l'enfant Daeyaert a dû succomber à un empoisonnement accidentel par le phosphore. »

Au cours de l'information suivie contre le pharmacien qui avait préparé l'huile phosphorée administrée à Daeyaert, il a été établi qu'aucune faute n'était imputable au pharmacien, la quantité de phosphore contenue dans l'huile de foie de morue étant inférieure à celle portée dans l'ordonnance du médecin. Quant à celui-ci, sa responsabilité pénale est engagée ; il a employé un remède dangereux sans avoir étudié les matières et la constitution de son malade, et continué, pendant cinq jours, à donner ce remède sans interruption et sans prendre le temps d'en juger les effets. Et cependant, l'inculpé était plus édifié qu'aucun autre médecin sur le caractère dangereux du remède qu'il avait prescrit, puisque deux de ses malades avaient été pris de vomissements après avoir bu de l'huile phosphorée, et le sieur Métivier aurait dû arrêter le traitement.

Il y a lieu d'ajouter que le remède préparé par le pharmacien ne contenait pas le dosage de phosphore indiqué dans l'ordonnance, le remède prescrit était encore plus dangereux que le remède administré.

L'imprudence du médecin est manifeste. »

Interrogé par M. le président, notre confrère donne les explications suivantes :

« Je reconnais que, dès les premiers jours, j'ai donné à l'enfant une cuillerée d'huile de foie de morue phosphorée. On me l'a ramené jusqu'au 10 avril et j'ai donné le même médicament. Le 11, on m'a dit que l'enfant avait la diarrhée. J'ai suspendu le traitement et lui ai donné de l'huile de foie de morue pure. J'ai appliqué un cataplasme sur le ventre et je n'ai revu l'enfant qu'une fois.

Je repousse la prévention d'imprudence, je n'ai donné que la dose du Codex et recommandée par les plus éminents docteurs. Les accidents signalés n'ont pu survenir qu'à la suite d'accumulation et sans que le médecin puisse prévoir que le malade n'a pu s'assimiler ce médicament. Depuis un an je traite les enfants par le phosphore, d'après les auteurs et non de mon invention ; je n'ai jamais eu de cas d'intoxication, bien que des enfants aient suivi ce traitement pendant assez longtemps. Je pense que la dose de phosphore administrée n'était pas excessive, d'abord parce que nombre d'enfants ont suivi ce traitement pendant vingt jours sans accidents et que, d'autre part, la dose est indiquée au Codex et recommandée par les plus grands médecins de notre époque. »

On procède ensuite à l'audition des témoins. Le premier appelé est M. le docteur Legroux, qui s'exprime comme il suit :

J'ai vu l'enfant déjà mort ; mon interne m'a indiqué la possibilité d'un empoisonnement par le phosphore, car on ne trouvait trace d'aucune maladie. Les renseignements donnés par la famille m'ont indiqué la dose qui est en effet prescrite par le Codex et qui est normale. L'autopsie a démontré l'empoisonnement par le phosphore. Néanmoins, la dose donnée par le docteur Métivier n'était point anormale. »

M. le professeur Brouardel dépose ainsi :

« Bien que personnellement nous considérions le phosphore comme un médicament d'un emploi difficile et toujours dangereux, cette opinion n'est pas universellement admise. Des auteurs très recommandables ont publié des observations de guérison de rachitisme par des préparations phosphorées, employées suivant une méthode qui se rapproche beaucoup de celle adoptée par M. Métivier.

Dans ces conditions, nous ne pensons pas que le docteur Métivier ait commis une faute grave en administrant à l'enfant Daeyaert les doses de phosphore relevées par la prévention. »

Le tribunal rend ce jugement :

« Attendu qu'il n'existe à la charge du prévenu aucun fait caractérisé d'imprudence, de défaut de précaution ou d'inobservation des règles engageant la responsabilité pénale ;

Renvoie le docteur Métivier des fins de la poursuite sans dépens. »

Le montant d'un appareil commandé par un médecin avec le consentement verbal du malade est à la charge de ce dernier, même si le client nie avoir donné pareil mandat.

La question des frais d'achat d'un appareil fait par le médecin sur l'ordre verbal de son client était portée devant la justice de paix du canton de Lorrez-le-Bocage dans les circonstances que fait connaître le jugement suivant, rendu le 9 septembre dernier :

En fait :

Attendu que le docteur Ballacey (de Montereau-

Sault) réclame à la veuve D... une somme de deux cents francs pour remboursement du prix d'une gouttière dite de Bonnet qu'il a achetée sur son ordre verbal et pour son compte, au mois d'avril mil huit cent quatre-vingt-onze, appareil qui était nécessaire pour la réduction d'une fracture du col du fémur dont la défenderesse était atteinte ;

Attendu que cette dernière se refuse au paiement de la somme réclamée, en prétendant qu'elle n'a pas donné au docteur Ballacey le mandat de faire l'acquisition du dit appareil, dont elle n'a pu supporter l'application que quelques instants et qui ne lui aurait été ainsi d'aucune utilité ; qu'elle offre seulement de tenir compte de la location de l'appareil, sans toutefois prétendre qu'il ait été question de le lui procurer par ce moyen ;

Attendu que cette convention de location paraît, d'ailleurs, invraisemblable par cette raison qu'une gouttière de Bonnet n'est pas un instrument dont sont habituellement munis les médecins pour les employer aux besoins de leurs clients, et que, d'autre part, ces sortes d'appareils ne sont fournis par les maisons spéciales que sur les mesures du malade ;

En droit :

Attendu que si, en raison du chiffre de la demande, la preuve testimoniale du mandat allégué par le docteur Ballacey n'est pas admissible, ce mandat n'en est pas moins dès à présent établi ; qu'il est bien certain, en effet, qu'en demandant et, en tout cas, en acceptant les soins répétés du docteur Ballacey, la veuve D... lui a tacitement donné le mandat de faire tout ce qui pouvait être nécessaire pour arriver à sa guérison ;

Attendu que l'application de la gouttière de Bonnet était le traitement commandé dans la circonstance et, du reste, habituellement employé en pareil cas ; qu'il ne peut donc être reproché au demandeur aucune faute pouvant engager sa responsabilité, et qu'ainsi l'achat et l'emploi de cet appareil étaient parfaitement justifiés ; la veuve D... doit, en conformité de l'article 1999 du Code civil, rembourser au docteur Ballacey les avances par lui faites pour l'exécution du mandat, sans qu'il y ait lieu de tenir compte du plus ou moins d'efficacité du traitement employé, ni de rechercher si ce résultat est ou non dû à l'impatience de la défenderesse.

Par ces motifs, condamnons la veuve D... à payer au docteur Ballacey la somme de deux cents francs pour les causes sus-énoncées ; la condamnons, en outre, aux intérêts de droit de la dite somme et aux dépens.

(Semaine médicale.)

La déclaration des causes de décès.

Le chiffre qui exprime *le nombre des déc ès pour cause inconnue est véritablement sin gulier*, dit M. Brouardel. En trois ans, Caen a eu 3,629 décès, sur lesquels 2,841 sont rangés sous la rubrique : cause inconnue. Il est fort probable que quelques médecins refusent d'une façon systématique de déclarer la cause de la mort de leurs malades et, par suite, tous les résultats de la statistique sont entachés d'erreur. Ils se retranchen t sans doute, pour refuser ces communications, derrière le secret professionnel. Je ne me perm et-trai pas de blâmer la règle de conduite que leu r dicté leur conscience ; mais je crois qu'ils adoptent une fausse interprétation du secret médical... Je m'adresse directement à eux. Ont-ils connaissance d'un cas dans lequel une famille, après avoir perdu un enfant de fièvre typhoïde, a caché les causes de la mort ? Si eux-mêmes avaient la douleur de perdre un des leurs par la fièvre typhoïde, se renfermeraient-ils dans le même silence, quand leurs amis les interrogeraient sur la cause de l'événement qui les frappe ? Certainement non. Eh bien, quel est le résultat du système qu'ils acceptent actuellement ? Personne n'ignore que telle personne a succombé à la fièvre typhoïde, mais l'autorité ignore dans quelles conditions est survenue l'infection. Il n'y a de secret professionnel que pour elle. Que le médecin, dont la conscience n'a probablement pas été suffisamment éclairée sur ce point, veuille bien réfléchir aux conséquences de sa conduite. Le foyer de l'infection typhique persiste, puisque rien n'a révélé à l'administration qu'il en existe un : quelques mois, quelques années plus tard, la même cause aura les mêmes effets. Le médecin ne se demandera-t-il pas s'il n'est pas responsable de la maladie ou de la mort des nouvelles personnes atteintes ? Le secret médical, invoqué dans de telles conditions, ne cache rien de médical ; il cache la cause de la maladie et condamne de nouvelles victimes à succomber à leur tour.

BROUARDEL.

(Rapport sur les épidémies de fièvre typhoïde.)

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat de Nantes (*Suite*) (1).

M. *le Secrétaire Général Trésorier* lit ensuite l'exposé suivant, qui est écouté avec la plus grande attention :

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DU SYNDICAT DE LA LOIRE-INFÉRIEURE PENDANT L'ANNÉE 1890.

Messieurs et chers Confrères,

La charge que vous nous avez fait l'honneur de nous confier de vous rendre compte, à la fin de chaque année, des travaux de l'Association syndicale se simplifie de plus en plus.

Le Secrétaire des séances, avec sa plume élégante et facile, vous a déjà donné des comptes rendus partiels de vos réunions nous laissant le soin de les résumer tous aujourd'hui. Ces comptes rendus ont été publiés régulièrement dans les colonnes de la *Gazette Médicale* de Nantes. Le Bulletin des syndicats, dans le *Concours Médical*, les a reproduits en entier.

Les bulletins trimestriels de l'Association les résument fidèlement par période régulière.

De temps en temps une publicité plus large est accordée à ces bulletins trimestriels ; tous les médecins du département et un grand nombre d'autres confrères des syndicats voisins en reçoivent un exemplaire.

Dans ces conditions la tâche du Secrétaire général paraît facile : recueillir tous les faits publiés, les grouper et les soumettre à votre attention bienveillante dans un dernier tableau, c'est là sans doute ce que vous attendez de nous.

Nous n'avions cependant jamais senti d'une manière plus impérieuse le souci d'implorer votre

(1) Voir le précédent numéro.

indulgence. Les lauriers de notre jeune Secrétaire des séances ne nous ont point enlevé le sommeil ; nous avons été trop heureux, au contraire, de ses succès mérités, de son exactitude diligente, de la sympathie dont vous l'avez entouré constamment ; mais, il faut l'avouer, dût sa modestie en souffrir, il nous a rendu notre rôle difficile.

Nous ne chercherons ni à le surpasser, ni même à l'égaler ; nous nous contenterons de compléter l'abondante moisson de faits qu'il a recueillis, en vous les présentant dans un seul récit, lui laissant par ailleurs tout l'honneur de les avoir étudiés le premier.

Dans sa séance du 31 janvier l'Association syndicale a fait les élections du Bureau pour 1890. Les mêmes noms que l'année dernière sont sortis de l'urne.

M. le docteur Porson a été nommé président ;
MM. Destez et Patoureau, vice-présidents ;
M. Luneau, secrétaire général ;
M. Toché, secrétaire des séances ;
MM. Berneaudeaux, Chachereau, Joüon et Teillais, syndics.

Le Syndicat n'a perdu qu'un seul de ses membres en 1890, M. Berruyer, démissionnaire au mois d'août.

La liste des admissions n'avait jamais été si nombreuse. Seize confrères se sont présentés à vos suffrages et ont été reçus.

Ce sont : MM. Landois et Ollive, 31 janvier ; Bergada, Valentin et Paillard, 28 février ; Guesnel, Guillou et Pasquier (de Mauves), 28 mars ; Meloche (de Saint-Nazaire), de la Rochefordière, 2 mai ; Simoneau, 30 mai ; Benoist (de Saint-Nazaire), 27 juin ; Boutin (de Clisson), et Guihal (de la Chapelle-Basse-Mer), 29 août ; Provost (du Pellerin), 4 novembre ; de la Tour (de Guérande), 2 décembre.

Le Syndicat ne peut que se réjouir du nombre toujours croissant de ses membres. La liste complète est aujourd'hui de cent quatre adhérents. Ce nombre dispense de tout commentaire et révèle quelle est déjà la force du Syndicat et de quelle importance peuvent être ses études, ses projets, ses décisions pour les intérêts du corps médical de notre région.

C'est dans nos rangs que l'Association locale de prévoyance et de secours mutuels avait pris son dernier président, M. le docteur Berneaudeaux ; c'est encore parmi nous qu'elle a choisi pour lui succéder le docteur Attimont.

Rien ne pouvait nous être à tous plus agréable que cette nouvelle nomination qui met à la tête de nos confrères un ami dévoué à nos principes, un adhérent de la première heure. Le Syndicat lui a voté dans sa séance du mois de juin tous ses compliments, et nous savons qu'il n'oubliera pas, dans ses hautes fonctions, les liens qui l'attachent à notre Syndicat. Il y a longtemps que M. Berneaudeaux l'a proclamé, les deux Associations sont sœurs, elles diffèrent dans leur but, mais elles se complètent l'une l'autre. Non seulement elles désirent l'union, mais cette union leur est nécessaire.

Un autre honneur nous était réservé : le docteur Mignen, fondateur du premier syndicat de France, a été nommé président de l'Union des syndicats.

Nous savons bien que plusieurs syndicats peuvent revendiquer l'honneur d'avoir vu se produire le docteur Mignen ; mais le Syndicat de Nantes ne lui est point étranger. Le docteur Mignen a toujours été l'un des nôtres, il a participé à nos travaux et il s'est toujours fait un plaisir d'assister à nos fêtes de famille. Nous aurons en lui un puissant appui dans les questions générales soumises à l'Union, cette société centrale de tous les syndicats.

Faisons maintenant une rapide revue des travaux du Syndicat, en 1890.

Il y a eu vingt-huit séances, tant du bureau que de l'Association. Dans ce nombre sont comprises les quatre séances trimestrielles. Le grand nombre de ces séances n'a pas nui à la variété des questions portées à l'ordre du jour. Tout ce qui touche de près ou de loin à notre profession, questions générales, questions particulières, arrive peu à peu à son heure en discussion.

Demandez à notre sympathique Président, qui porte si dignement depuis trois ans la charge écrasante des correspondances, des démarches officielles, du classement des travaux, ce qu'il faut d'énergie et d'ordre parfait pour diriger notre Association.

Interrogez votre Secrétaire des séances, et il vous dira ce qu'il a écrit, ce qu'il a publié de lettres, d'avis, de bulletins, de circulaires. Et notre excellent confrère, le docteur Chachereau, qui conserve, au milieu des rapports inextricables avec les Sociétés de secours mutuels, son calme dans les résolutions à prendre, son intelligence si claire et si précise dans la lutte, sa patience inébranlable dans les comptes embrouillés des honoraires ! Et vos nombreuses commissions, qui, par une exactitude digne d'éloges, loin d'enterrer les questions, comme il est d'usage dans les grandes assemblées, ont présenté en huit jours, quelquefois en vingt-quatre heures, et leur rapport et leurs conclusions ! Qui donc disait que la profession médicale s'était endormie, oublieuse de ses intérêts les plus chers ?

Cet exposé général établi, vous n'attendez pas de votre Secrétaire qu'il vous raconte les détails de vos travaux ; la tâche nous serait très agréable, mais votre attention serait mise à trop rude épreuve. Nous divisons dès maintenant notre résumé en deux parties. Nous dirons d'abord quelles sont les questions générales que vous avez étudiées ; en second lieu nous présenterons celles qui ont été plus spéciales à notre Syndicat départemental.

En premier lieu, ce Syndicat s'est occupé de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine. Vous le savez, nous avons été des premiers à soutenir la lutte contre cette loi caduque de l'an XI, dont les jours semblent désormais comptés. A peine l'honorable député, M. Chevandier, avait-il donné le signal que le Syndicat de Nantes s'enrôlait sous ses ordres au premier rang. Dans quelques mois cette nouvelle loi, qui n'est pas parfaite, puisque rien n'est parfait ici-bas, mais dont les avantages sont incontestables pour le corps médical, sera promulguée, nous l'espérons. Un frémissement de bon augure a déjà passé dans les syndicats, dont l'existence légale va enfin être reconnue. Nous n'oublierons pas ce que nous devons à M. Chevandier : son talent, sa persévérance admirable, son succès méritent la reconnaissance universelle des médecins.

Le Syndicat de la Loire-Inférieure, en attendant que la loi Chevandier nous donne à tous un nouvel essor, n'a pas hésité à continuer sa marche en

avant. La fédération, ce mot terrible, qui effraie nos conseils judiciaires et nos hommes de loi, semble se préparer dans notre région par les rapports de plus en plus fréquents et de plus en plus étroits que nous entretenons avec les syndicats de la Mayenne, de Laval, de Challans, de Montaigu, du Morbihan.

Nous ne parlons pas de vos relations avec le syndicat du Havre qui nous communique ses travaux, de celui de Marseille qui nous a consultés à son début et qui compte déjà deux cents adhérents au lendemain de sa formation. Non, ces syndicats sont déjà affiliés comme nous à l'Union des syndicats et l'Union est un centre autour duquel gravitent déjà toutes nos associations. Mais le Syndicat de Nantes, avec son activité et ses travaux, pourrait bien devenir à son tour un centre régional, comme vous le démontrent nos correspondances de l'année.

L'expérience nous a du reste appris cette année qu'il ne fallait pas craindre les lois surannées qui nous régissent encore. Nos confrères de Rodez ont pris l'initiative dans cette voie des revendications. Les tribunaux les ont condamnés, mais le garde des sceaux s'est ému lui-même de cette situation intolérable faite aux médecins légistes, et s'est empressé de consulter les syndicats médicaux. Le remarquable rapport de votre Syndicat sur cette question a vu aussitôt le jour. Il a été publié avant tous les autres dans le *Concours Médical*. Ainsi vont les choses humaines: on nous conteste en haut lieu l'existence légale et on nous consulte cependant, quand le besoin s'en fait sentir.

De temps en temps en effet, depuis la promulgation de cette loi sur les syndicats, en 1884, l'espoir nous revient; un tribunal reconnaît notre existence, mais l'illusion ne dure qu'un jour, et un second tribunal se hâte de réformer ce premier arrêt.

Nous ne vous rappellerons que comme mémoire ce jugement récent de la neuvième Chambre de Paris, sur les syndicats des professions libérales, jugement qui, contrairement à la jurisprudence de la Cour de Cassation, reconnaissait l'existence légale de ces syndicats. Nous avons déposé pieusement cet arrêt dans nos archives. Quelques jours après, nos espérances s'évanouissaient lorsque la Cour réformait ce jugement. Dans quelque temps, avec la loi Chevandier, ces contradictions n'auront plus lieu, et nous pourrons enfin bénéficier de la loi libérale de 1884.

Parmi les autres questions générales que vous avez traitées se trouve la question des rapports de nos confrères avec les Compagnies d'assurances. Une commission, composée de MM. Pérochaud, Plantar et Guillou, a élucidé un point très obscur, relatif aux certificats et aux soins à donner aux assurés. Les conclusions ont été publiées en plusieurs articles précis et instructifs qui ont paru dans le compte rendu de la séance du 2 décembre.

Pendant ce temps-là une seconde commission, composée de MM. Lerat, Grimaud et Guillou, étudiait la question des certificats de décès.

Dans un autre ordre de choses un grand nombre de nos confrères, MM. Patoureau, Porson, Crimail, s'attachaient à étudier la distinction, quelquefois subtile, des certificats qui sont soumis au timbre et de ceux qui en sont exempts.

Nous ne savons si jusqu'ici, même dans nos ouvrages classiques de médecine légale, un travail aussi sérieux que celui de votre Syndicat, a été publié.

Nous vous le recommandons ; il s'appuie sur des recherches nombreuses faites dans les cartons poudreux de l'Administration du Timbre et peut nous servir contre les interprétations quelquefois erronées, souvent abusives, de cette administration.

Enfin, il nous resterait à vous entretenir, pour achever la longue liste de ces questions générales, de l'indemnité en cas de maladie, question si intéressante que les vulgaires Sociétés de secours mutuels ont acceptée comme une des bases de leurs statuts et qui, sortie toute réglementée du sein des syndicats, du Syndicat de Nantes en particulier, fait peu à peu son chemin dans les sphères officielles de l'Association générale. L'indemnité en cas de maladie s'impose à l'heure actuelle comme une nécessité, de même que les Caisses d'assurances, les Caisses des Victimes du devoir professionnel et tant d'autres études qui font partie de votre programme de l'avenir.

(A suivre.)

REPORTAGE MÉDICAL

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès, à l'âge de 83 ans, de M. le *Président Henri Roger*. Les obsèques ont eu lieu, mercredi, à midi, à l'Eglise de la Madeleine, au milieu d'un énorme concours de collègues et d'amis et de très nombreux représentants des Sociétés locales de province. Depuis longtemps on n'avait vu un pareil témoignage de regrets unanimes prodigué à un médecin, même parmi les plus hauts placés. C'est le légitime tribut rendu par les sept mille médecins de l'Association générale à un savant et, qui plus est, à un homme de bien. M. Henri Roger laissera le souvenir le plus vivant parmi tous ceux qui l'on connu.

— Lundi 16 novembre, la Commission sénatoriale, chargée de l'examen de la loi Chevandier, a reçu les délégués du *Syndicat de la presse médicale*, le *Directeur du Concours* et MM. Lutaud et Gillet de Grandmont qui représentaient la *Société de médecine pratique*. Elle a entendu les observations de ces délégués sur divers articles : 1° la déclaration des maladies épidémiques, 2° la réquisition médico-légale, 3° l'interdiction d'exercer la médecine, en cas de condamnation infamante.

D'après les impressions que nous avons recueillies nous sommes fondés à croire que cette conversation aura d'heureux effets sur les décisions du *Sénat*.

— Le Dîner trimestriel de l'*Association de la presse médicale* a eu lieu le vendredi 13 courant, à 7 h. du soir, restaurant Marguery, sous la présidence de M. le professeur *Cornil*. Etaient présents : MM. *Auvard*, *Baudouin*, *Bilhaut*, *Bardet*, *J. L. Championnière*, *Cornil*, *Chevallereau*, *Cézilly*, *Delefosse*, *Gorecki*, *Gillet de Grandmont*, *Gouguenheim*, *Landouzy*, *Laborde*, *de Maurans*. M. le Dr *Lerat*, directeur de la *Gazette médicale de Nantes*, a été élu membre de l'Association, après rapport statutaire. MM. *Rodet*, pour le *Lyon médical*, et *Lacassagne*, pour les *Archives d'anthropologie universelle*, ont posé leur candidature au titre de membre du syndicat.

M. le président Cornil donne lecture de la lettre de démission de M. le Dr *Henri Huchard*, directeur de la *Revue de clinique et de thérapeutique*, et de la correspondance échangée au sujet d'une lettre qu'il a écrite, au nom du syndicat, en vue de rectifier un article paru le 8 juillet, dans le journal de M. Huchard. La démission est acceptée.

La réunion s'entretient des *cartes d'identité* et elle informe les sociétaires que ces cartes sont dressées, aux frais de l'Association par M. *Besier*, 125, rue Montmartre. (Lorsqu'on ne peut se déplacer pour aller poser, il suffit d'envoyer une photographie pour recevoir la carte d'identité.)

Plusieurs membres de la réunion constatent les nombreux services que leur a rendus la convention conclue avec les Cies du Nord, de l'Orléans et Paris-Lyon-Méditerranée, qui accordent libéralement des permis de circulation avec 50 % de réduction, aux rédacteurs des journaux associés, sur demande de leurs Directeurs et à la condition d'insérer de temps en temps les avis communiqués par les Cies.

M. le Président invite les membres de la réunion à exprimer leurs opinions sur quelques-uns des articles de la *loi Chevandier*, que la Commission sénatoriale discute en ce moment et, après, discussion, une délégation composée de MM. *Laborde, Gorecki* et *de Maurans* est nommée pour se rendre auprès de cette Commission, le lundi 15, à 2 heures, afin de lui soumettre ses observations. M. Cézilly est invité par M. Cornil à se rendre également au Sénat en qualité de directeur du Concours et de vice-président de l'Union des syndicats.

Pendant le dîner on aborde diverses autres questions qui seront discutées plus amplement dans le prochain dîner du 1er vendredi de février.

— *Commission relative à l'assistance médicale gratuite dans les campagnes.* — Elle est ainsi composée :

MM. Dr Labrousse, *Président*, avenue Marceau, 35.
Dr Guillemaut, boulevard Saint-Germain, 62.
Dr Langlet, Villa Montmorency, à Auteuil.
De Ramel, rue de Bourgogne, 37 bis.
Dr Rey (Lot), *Secrétaire*, rue des Ecoles, 24.
Audiffred, rue François Ier, 38.
Dr Haynaut, rue Gœthe, 6.
Ferry (Emile), rue Choron, 10.
Dejardin-Verkinder, rue de l'Arcade, 16.
Briens, rue Littré, 18.
Dr Michou, rue de Grenelle, 76.

Le rapporteur n'est pas encore désigné. Nous savons, de bonne source, que la commission a modifié nombre d'articles du projet du gouvernement d'une façon favorable aux intérêts médicaux ; aujourd'hui samedi, une dernière discussion doit avoir lieu en commission ; le rapporteur sera bientôt nommé et on espère que le projet de loi aura le bénéfice de l'urgence demandée par le gouvernement.

— Dimanche 22 novembre, à 2 heures, sous la présidence de M. le Dr *Gestin*, directeur en retraite du service de santé de la marine, l'*Ecole pratique médico-chirurgicale* de Paris inaugurera la *Clinique Française*, 30, rue d'Assas.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

MM. les Drs Chopard, de Kerentrech-Lorient (Morbihan), présenté par M. le Directeur ; Pingat, de Dijon, membre du syndicat médical de la Côte-d'Or ; Braumann, de Rogny (Yonne), présenté par M. le Directeur ; H. de la Dure, à Montluçon (Allier), membre de l'Association générale des médecins de France ; A. Duvault, de Paris-l'Hôpital (Saône-et-Loire), membre du syndicat de Saône-et-Loire ; O. Pierre, à Falaise (Calvados), présenté par M. le Directeur ; Le Poil-Sénart, de Binarville (Marne), présenté par M. le Directeur ; Rouiller, à Formerie (Oise), présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le Dr Trossat, de Saint-Loup-de-la-Salle, membre du Concours médical.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Viennent de paraître :

Eaux minérales naturelles *autorisées* de France et d'Algérie, par MM. E. Egasse et Dr Guyenot-Outhier, avec préface de Dujardin-Beaumetz, in-8° carré de 600 pages. Prix : 7 fr. 50, net 6 fr. franco pour MM. les membres du Concours.

Ce livre, *nouveau en France*, est destiné à donner des indications précises sur la composition chimique des eaux minérales autorisées, sur leur emploi en thérapeutique, etc. Un *index bibliographique* extrêmement complet permet de rapporter chacune des sources aux maladies pour lesquelles elles sont indiquées. C'est en quelque sorte un bréviaire sérieux d'hydrologie ; aucune source, et elles sont nombreuses, puisque le volume a 600 pages, n'a été omise. Les auteurs ont du reste un nom autorisé en semblable matière.

L'Eclairage dans les ateliers de photographie, par P.-C. Duchochois, traduit de l'Edition américaine, par C. Klary, in-8° carré de 120 pages. Prix : 3 fr. La table des matières que nous reproduisons est le plus éloquent éloge de cet excellent volume.

Le Directeur-Gérant : **A. CEZILLY.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

L'Assemblée générale de l'Union des Syndicats et du Concours médical a eu lieu dimanche dernier dans des conditions très satisfaisantes, ainsi que nos lecteurs pourront s'en rendre compte par l'analyse qui en sera donnée dans le numéro prochain.

Au banquet ont assisté plusieurs membres du parlement, M. le sénateur Trarieux, MM. les députés D[rs] Chevandier, Rey, Vigier et un représentant de la presse étrangère, le D[r] Smith, de *The Lancet*. Des toasts éloquents ont été portés par ces messieurs.

Un intermède artistique qui a suivi le dîner a été très apprécié.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de la phthisie laryngée.

M. *Cuvillier*, ancien interne des hôpitaux, résume ainsi l'état de cette question dans la *Gazette des hôpitaux* :

Le traitement général est le même que pour la tuberculose pulmonaire.

Le traitement local, de première importance, varie selon les périodes de la maladie, les altérations anatomiques. Il est médical ou chirurgical.

Le traitement médical, par pulvérisations, pansements (ouate ou éponge), injections (sous-muqueuses ou intra-trachéales), emploie des médicaments calmants, modificateurs ou caustiques (Gouguenheim). Parmi les calmants, nous citerons la cocaïne (5 à 20 p. 100) ; le menthol, préconisé par Rosenberg, en solution huileuse à 20 p. 100 ; les pulvérisations émollientes de décoction de laitue, additionnée d'acide borique à 1 p. 100, de solution de bromure de potassium, de morphine, etc. La durée des pulvérisations n'excédera pas cinq minutes.

Parmi les modificateurs, l'iodoforme, très vanté il y a quelques années, est quelque peu délaissé à l'heure actuelle, à cause de l'inappétence qu'il produit. L'iodol (1 à 2 décigrammes en poudre ou en solution dans l'alcool, l'éther, l'huile), préconisé par Lublinski, Seifert, donne des résultats incertains. L'acide borique (20 à 50 centigrammes en poudre) peut s'insuffler sur les ulcérations (Gaucher, Schæffer). L'iode, à l'état de teinture d'iode ou de glycérine iodo-iodurée, est utile à la période de début (Isambert). Le sublimé (1/1000) n'a donné aucun résultat. L'acide phénique (Gottstein) s'emploie en inhalations ou mélangé à de la glycérine (1/30-1/5) et appliqué au moyen d'un pinceau ou d'un appareil à gouttes. Les vapeurs de glycérine ont été employées avec succès par Trastour contre les toux incessantes des phthisiques. Dans ces derniers temps, on a essayé l'emploi, contre les ulcérations, du salol camphré et du naphtol camphré pur ou en solution dans le sulforicinate de soude (10 à 15 p. 100) émulsionnés dans l'eau (Berlioz et Ruault).

Parmi les caustiques, citons le nitrate d'argent solide ou en solution (1/10, 1/20, 1/30), l'acide chromique, trop facilement diffusible ; le chlorure de zinc (1/30), utile seulement au début. L'acide lactique a certainement donné les meilleurs résultats contre les ulcérations. Krause (de Berlin) en a, le premier, introduit l'emploi (1885) ; Hering, après lui, l'a très vivement préconisé et a rapporté un certain nombre d'observations de guérison d'ulcérations : la moitié de ses malades furent améliorés, quatre complètement guéris (1886-1887).

L'acide lactique s'emploie en solution de 10, 25, 50, 80 p. 100 ; avec une solution très forte, des eschares peuvent se produire, blanchâtres, adhérentes, ne tombant qu'au bout de quelques jours. Quand l'eschare tombe, le fond de l'ulcère apparaît recouvert de granulations rosées ; il diminue peu à peu d'étendue et la cicatrisation peut se faire. Les premiers pansements, faits avec une solution concentrée, donnent ordinairement du

spasme ; il sera bon de cocaïniser au préalable le malade.

M. Cuvillier déclare, comme son maître, M. le docteur Gouguenheim que de tous les caustiques chimiques « l'acide lactique est le seul sous l'action duquel il ait constaté des guérisons durables ».

Le traitement chirurgical a pris, dans ces derniers temps, une importance capitale, et les bons résultats, qu'il a donnés, engagent à persévérer dans cette voie. C'est à Hering que revient le mérite d'avoir mené, en faveur du *curetage du larynx*, une campagne des plus ardentes. Les instruments dont il se sert constituent une série de curettes et de couteaux, de forme variable, selon la région à opérer. On peut aussi employer la double curette de Krause ou les pinces de Gouguenheim.

Après anesthésie préalable de l'organe, on curette et on gratte vigoureusement les ulcérations et les végétations ; puis on touche les points opérés avec des solutions caustiques (acide lactique).

La réaction inflammatoire est faible, l'hémorrhagie insignifiante.

L'opération terminée, on désinfecte la plaie avec de l'iodoforme.

Selon Hering, la curette est indiquée :

1° Dans les infiltrations limitées ou les ulcérations de la paroi postérieure du larynx et les infiltrations fraîches, unilatérales, inflammatoires, sur l'épiglotte, qui sont parfois le début d'une phthisie du larynx. Ici l'emploi de la double curette de Krause est indiqué ;

2° Dans les infiltrations et les profondes ulcérations des cordes vocales supérieures où l'on doit employer soit la curette de Hering, soit la double curette de Krause ;

3° Dans des ulcérations hypertrophiques couvertes de granulations, par conséquent aussi dans des formations polypeuses, les tumeurs tuberculeuses, etc. Dans ces cas, nous avons vu employer et nous avons employé nous-même, avec succès, les pinces coupantes de M. Gouguenheim ; contre les énormes hypertrophies des aryténoïdes, on utilisera, avec avantage, sa double curette à anneaux, d'un maniement plus facile que celle de Krause.

Le traitement chirurgical ne doit s'employer que dans des cas déterminés ; les promoteurs, même les plus convaincus, de cette méthode se défendent de la considérer comme une méthode apte à tous les cas. Dans la statistique de Hering, sur 500 malades, 53 seulement ont été traités chirurgicalement. Mais « du moment que les indications sont données, il faut agir aussi énergiquement et profondément que possible. Le traitement chirurgical, mal et timidement employé, peut nuire, il partage ce mauvais côté avec toutes les opérations énergiques » (Hering). La méthode a, par contre, donné d'excellents résultats entre des mains expérimentées. Hering a pu, par l'examen histologique, prouver la guérison d'ulcérations en démontrant la formation des cicatrices et les améliorations ont été en tout cas fréquentes. A la suite de l'ablation des infiltrations aryténoïdiennes, après une cicatrisation rapide, nous avons vu la dysphagie disparaître, la voix revenir, la respiration se faire plus librement.

La galvanocaustique a été employée contre les infiltrations de l'épiglotte et des aryténoïdes, soit pour cautériser des végétations ou des prolapsus ventriculaires.

La trachéotomie, très critiquée par les uns (Lambert, Mackenzie), a été par d'autres regardée comme une méthode générale de traitement, en mettant le larynx à l'abri des causes irritantes qui peuvent en augmenter les lésions (Beverley Robinson). La trachéotomie sera indiquée, s'il faut parer à un danger imminent d'asphyxie, due à la sténose glottique. On fera de préférence la trachéotomie proprement dite à la laryngotomie

FEUILLETON

La frigidité génésique chez la femme.

A mesure qu'on avance en âge, on devient le confident de bien des misères physiques et morales. La facilité de certains aveux aurait même lieu de nous surprendre, si nous n'avions pas souvent à remplir simultanément les fonctions de médecin du corps et de l'âme.

Les femmes en particulier, à qui on a fait à tort ou à raison la réputation d'être fort bavardes, de ne savoir rien cacher que leur âge, en arrivent facilement à dévoiler leurs secrets les plus intimes, à montrer les replis les plus ténébreux de leur cœur. Elles posent devant le public, elles se guindent, pour ressembler à un certain idéal de grâce délicate et de chasteté sentimentale ; mais pour se reposer, pour être à leur aise, comme un guerrier qui quitte son armure, elles aiment à causer, à se familiariser, à avoir un confident impassible, devant qui elles puissent laisser voir, sans se gêner, leurs laideurs, leurs aspirations, leurs désenchantements, leurs infirmités et même leur bêtise.

Par destination, le médecin est tout particulièrement bien placé pour entendre et voir ce qui ne doit être ni vu, ni entendu. C'est un privilège qui n'est pas toujours enviable, et, au sujet duquel, il faut généralement dépenser beaucoup de tact et de patience ; mais enfin, il permet de faire un peu de bien, de remédier à bien des faiblesses humaines, sans en être éclaboussé.

Je n'étonnerai donc aucun de mes lecteurs, qui doivent être plus ou moins fixés là-dessus, en disant que s'il y a des femmes passionnées, qui se livrent avec transport, qui braveraient tout pour donner et se procurer la suprême ivresse ; — en revanche, il en est pas mal d'autres, sortes de débitrices insolvables, de succubes insaisissables, qui, au lieu de l'expansion rêvée, persistent dans une froideur rebutante. Elles ne sont pas illuminables ; elles ne s'animent pas et restent nonchalantes. Leur sensibilité indécise semble figée ; leur tendresse est fuyante, immatérielle. Elles en sont réduites à rester passives, ou plutôt à être menteuses, à jouer la comédie, comme l'une de nos grandes tragédiennes, qui, d'après d'indiscrètes confidences, a toujours conservé son sang-froid et sa placidité, malgré les hôtes innombrables qui ont traversé son boudoir hospitalier.

J'ai soigné, l'été dernier, une dame qui, comme un arbre dont la sève est prématurément tarie, a cessé d'être réglée à 28 ans, et qui n'a jamais rempli ses devoirs conjugaux qu'avec une certaine résignation mélancolique, comme une cor-

inter-crico-thyroïdienne. Si on fait cette opération, on doit redouter les complications que peut amener la carie du cricoïde, l'introduction et le maintien de la canule. Dans les cas de sténose par paralysie des dilatateurs, la dilatation selon la méthode de Schrœtter, n'a pas donné de bons résultats.

En résumé, le traitement local et général bien dirigé soulagera toujours le malade, pourra enrayer la marche de l'affection, en retarder tout au moins l'échéance fatale, amènera parfois la guérison.

De la toxicité des préparations d'aconit.

M. *Lereboullet* a fait, dans la *Gazette hebdomadaire*, de très judicieuses réflexions sur ce sujet, à propos de la mort presque subite d'un médecin, empoisonné par l'alcoolature d'aconit. « L'exemple du Dr A. Bergeron engagera peut-être les médecins à être plus attentifs qu'il ne l'a été lui-même. Qu'est-il arrivé, en effet ? A l'exemple d'un grand nombre de praticiens, le Dr A. Bergerons prescrivait l'alcoolature d'aconit sans préciser s'il s'agissait de feuilles ou de racines. Il en faisait absorber à ses malades 20, 30 gouttes *à la fois*. Il n'avait jamais observé d'accident. Un soir, il envoie chercher chez un pharmacien, qui prépare lui-même avec grand soin la teinture et l'alcoolature de racine d'aconit, une dose assez élevée de ce dangereux médicament. Après en avoir fait absorber à un de ses amis une dose relativement faible à ses yeux et qui déjà cependant était toxique, il avale lui-même trente à quarante gouttes d'alcoolature de racine d'aconit. Quelques heures plus tard il était mort. Nous avons vu plusieurs fois, signées de noms justement estimés, des formules de potions contenant deux et trois grammes d'alcoolature d'aconit. Nous avons connu bien des malades qui, sur la foi d'un avis donné par un homœopathe ou par une femme du monde, gardaient chez eux une fiole de teinture mère d'aconit et en prenaient régulièrement à doses assez élevées, sans demander conseil à leur médecin. Or il suffirait qu'après avoir constaté, à diverses reprises, l'innocuité apparente d'un médicament dont on abuse si souvent, le malade changeât de pharmacien, pour que, aux doses auxquelles il est habitué, il s'empoisonnât rapidement.

N. Guéneau de Mussy a vu de graves accidents d'intoxication survenir chez une malade de soixante ans ayant ingéré en une fois *trois gouttes* d'alcoolature de racine d'aconit. Et cependant M. C. Paul a déclaré à la Société de thérapeutique qu'il employait depuis longtemps cette même préparation à la dose de 60 à 80 gouttes sans avoir jamais observé le moindre accident. Il ajoutait que la teinture peut être prescrite à la dose de 20 gouttes. Nous croyons, au contraire, qu'à ces doses, la teinture (et même l'alcoolature) *de racine* d'aconit, préparée avec soin par un pharmacien consciencieux, peut devenir toxique. Tout dépend, en effet, du mode de préparation de ce médicament. Dans son *Dictionnaire de thérapeutique*, M. Dujardin-Beaumetz rappelle, en citant les travaux de Duquesnel, que les extraits de racine donnent des proportions très variables d'aconitine suivant la manière dont on les traite pour extraire cet alcaloïde. Il en est de même en ce qui concerne les préparations officinales. » M. Lereboullet insiste sur l'inefficacité de l'alcoolature, et de la teinture de feuilles d'aconit. L'alcoolature et la teinture de racine d'aconit sont autrement actives. C'est à la dose de deux à trois gouttes *en une fois* qu'il faut les ordonner, sauf à renouveler plus ou moins fréquemment l'administration du médicament, suivant les indications et la tolérance du sujet. Procéder autrement serait s'exposer à d'inévitables accidents.

Un dernier mot. Il arrive journellement que certains pharmaciens délivrent, avec ou même

---

vée, ne comportant aucune récompense attrayante, aucune satisfaction complète.

Une deuxième, autre coffre-fort également incombustible, — et quel coffre splendide ! — n'est devenue incandescente que trois ans après son mariage, pour se transformer de nouveau en bûche économique, sans calorique, dix ans après, vers 35 ans, au moment de la plénitude des sensations chez les autres femmes, qui voudraient alors se multiplier, se renouveler sans cesse et verser autour d'elles, comme d'urnes intarissables, des voluptés sans fin ! — Elle n'a pas eu d'enfant, quoique bien conformée, et on peut se demander si cette inaptitude à s'émouvoir n'a pas empêché sa ceinture de s'élargir. Mais puisqu'elle a fini par prendre, comme les allumettes de la régie, m'objectera-t-on ?... J'entends bien ; mais, comme on ne nous initie pas à tous les mystères des alcôves, je suppose que, comme les dites allumettes, prises pour terme de comparaison, ma cliente a dû donner plus de fumée que de feu !

Une troisième, pourtant pâte docile et serve, désireuse de courber le front et d'adorer, est âgée de 26 ans et s'est mariée à vingt ans. Elle a attendu en vain jusqu'à ce jour un bébé, ce qui la désole, et la pousse à raconter simplement, sans arrière-pensée, que ses relations avec son mari, qu'elle aime pourtant beaucoup, lui ont apporté plus d'absinthe que de miel. — Elle ne les subit qu'avec une vague lassitude et une certaine sensation de sacrifice.

Elle est timide et douce, de nature, très droite et souhaite ardemment de devenir mère. Elle ne demanderait donc pas mieux que d'être entraînée, mais elle ne parvient pas à se laisser conquérir, à connaître les élans de l'être entier vers un autre être. — Elle se sent humiliée de cette paresse de ses sens et voudrait dissiper les déceptions de son seigneur et maître, qui se plaint de ne tenir qu'une ombre dans ses bras et déplore sa solitude dans l'ivresse : — Peut-être est-ce lui qui est inhabile à animer Galathée !

Inutile de multiplier les exemples ; le fait n'est que trop connu et il n'y a lieu d'en parler, que pour chercher le remède à cette infirmité contre nature. Au moment où on se plaint partout que la natalité ne cesse de baisser en France, il est opportun de s'intéresser aux épouses qui souhaitent ardemment de donner des citoyens au pays. Leur nombre est extraordinairement élevé, et, en le diminuant, on dissipera bien des tristesses, tout en faisant acte de bon patriotisme.

C'est évidemment l'affaire des gynécologistes et je ne prétends pas empiéter sur leurs attributions ; mais, en pareille matière, tout médecin peut être appelé à donner un bon conseil, ne serait-ce que pour écarter le calice dont s'abreu-

sans ordonnance spéciale, des flacons renfermant 60 à 80 granules d'aconitine cristallisée. Or il est démontré que 10 à 15 de ces granules peuvent déterminer des accidents toxiques, voire même une mort très rapide. Bien plus, dans nos campagnes surtout, médecins et malades, séduits par les facilités qu'offrent à la thérapeutique usuelle certains granules plus ou moins efficaces, s'habituent à considérer comme dépourvue de tout danger l'usage de ces pilules microscopiques d'une absorption si facile. Il en résulte, nous en avons vu un exemple lamentable, que l'on peut s'empoisonner en quelques secondes, en absorbant les granules d'aconitine ou de digitaline que droguistes et pharmaciens sont autorisés à délivrer en quantités considérables. C'est là un abus qu'une réglementation intelligente de la vente des spécialités pharmaceutiques pourrait empêcher. Il appartient aux pharmaciens instruits et consciencieux d'intervenir à cet égard. Nous n'avons eu d'autre but, en écrivant cet article, que de prémunir une fois de plus tous nos confrères contre les dangers que présenteront toujours les préparations d'aconit. »

REVUE DE CHIRURGIE

I. Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen.— II. Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie.—III. Traitement de la grenouillette.— IV. Traitement des abcès urineux. — V. De la lithotritie chez la femme.— VI. De la douche nasale.

A la Société de chirurgie, qui a repris ses séances au commencement d'octobre, ont été faites différentes communications assez intéressantes.

I. — Traitement des plaies de l'abdomen.

M. *Berger* relate l'observation d'un jeune homme, qui, ayant reçu une balle de revolver dans la région épigastrique, guérit sans intervention ; il fait connaître en même temps les résultats de sa pratique dans le traitement des diverses plaies de l'abdomen : 2 cas de plaie de l'estomac par balle de revolver ont guéri sans intervention ; 2 cas de plaie du gros intestin ont guéri toutes deux : l'une, siégeant sur le côlon transverse et due à un coup de couteau, a été traitée par suture intestinale ; l'autre, produite par une balle de revolver, a guéri sans intervention. Sur 6 cas de plaies de l'intestin grêle (1 par couteau et 5 par balle de revolver) il y a eu 1 guérison et 5 morts. Il résulte de ces chiffres que les plaies par balles de revolver qui intéressent le gros intestin et l'estomac offrent moins de gravité que celles qui siègent sur le petit intestin. Lorsque la plaie de l'intestin grêle est récente et produite par une balle, M. Berger n'intervient pas immédiatement, s'il n'y a pas d'accidents ; il est au contraire partisan de l'intervention primitive dans les accidents.

Il s'abstient de toute opération lorsqu'un certain nombre d'heures (12 ou 16 heures) se sont écoulées sans qu'aucun phénomène morbide se soit montré ; l'intervention est formellement indiquée lorsque des accidents divers ont éclaté.

M. *Verneuil* admet également qu'il y a une assez grande différence, au point de vue du pronostic et de la thérapeutique, entre les plaies pénétrantes de l'estomac et celles de l'intestin grêle; mais le pronostic est surtout en rapport avec le contenu de l'organe blessé.

D'après M. *Reclus*, la toxicité des matières contenues dans le tube intestinal varie beaucoup suivant le segment intéressé ; toutefois il ne faut pas oublier la protection que donne la formation rapide de ces bouchons muqueux. Quant au shock, qui fréquemment succède à ces traumatismes, ce n'est point une contre indication à l'intervention ;

---

vent les ménages, qui ont épousé le malheur, pour empêcher les femmes stériles de s'abîmer dans leur détresse et de réclamer trop tard l'intervention médicale, qui pourrait les sauver. Je suis en effet convaincu que les débuts du mariage ont des conséquences désastreuses pour bien des jeunes femmes, et qu'il serait possible d'y remédier, en s'y prenant de bonne heure.

On l'a dit devant moi et sur tous les tons : Une jeune fille élevée dans le rêve des tendresses futures et dans l'attente d'un mystère inquiétant, deviné indécent et gentiment impur, mais distingué, doit demeurer bouleversée, quand la révélation des exigences du mariage lui est faite par un rustre.

Or, qui pourrait supputer ce qu'il y a de rustres par le monde, de mâles farouches, faunes en délire, mis hors d'eux-mêmes par l'abstinence des fiançailles ? — Ils se précipitent sur leur proie comme le dogue affamé sur l'os qu'on lui donne à ronger et leur victime, souvent frêle et mariée trop tôt, qui aurait besoin d'initiations graduées, qui aurait voulu s'habituer peu à peu, bâtir du bonheur brin à brin, expiera par des traumatismes excessifs et des souffrances de toute sa vie ces spasmes dévergondés et ces violences frénétiques.

Comment ne serait-elle pas brisée par ce triste réveil ? — Quel désarroi !

Etonnez-vous, après cela, que l'horreur d'un pareil assaut, de cette bataille soudaine, sans combats d'avant-garde, ait refroidi sa chair, qu'elle reste pâle de dégoût sous la meurtrissure triomphale de muscles trop robustes ! — On ne peut songer qu'avec pitié au troupeau pathologique, que l'homme, berger impitoyable, chasse devant lui. Cette sombre et gémissante cohorte laisse sur le sol une longue ligne de sang. — Chez les riches, emmitouflées de soies et de velours, les yeux peuvent sourire ; mais, derrière ce masque, veille, lancinante et muette, la douleur, cachée comme une plaie hideuse sous un bandage tressé d'or.

Quant aux pauvresses, qui ne mentent pas, celles-là, filles des champs qui expient dans les hôpitaux spéciaux leur crédulité d'un jour, femmes du peuple, qui ne déguisent pas leurs souffrances dans les gazes et les dentelles, leurs traits tirés, jaunis avant l'âge, disent assez haut qu'elles sont marquées de la même croix, imprimée dans leur chair vive, qu'elles ont la même blessure faite par l'homme...., qu'elles ne maudissent pas cependant.

Je n'ai abordé qu'un des côtés de la question de la stérilité ; bien d'autres éléments entrent en ligne de compte et je ne m'en occuperai pas aujourd'hui ; mais enfin le vaginisme, les vulvites et les métrites du début ne sont pas étrangères

étant ordinairement dû à l'hémorrhagie, c'est un facteur qui doit être pris en considération pour la laparotomie. Quant à l'intervention immédiate, envisagée d'une manière générale, M. Reclus n'en est point partisan, parce que les statistiques des laparotomies primitives donnent une mortalité de 57 %, c'est-à-dire plus élevée que celle observée dans les cas d'abstention.

II. — Traitement des suppurations pelviennes par la méthode de Péan-Segond.

Nos lecteurs se souviennent de l'importante communication faite il y a quelques mois par M. Segond sur une opération imaginée par Péan dans les suppurations pelviennes (hystérectomie vaginale).

M. *Terrillon* vient de rouvrir le débat en faisant connaître les résultats qu'il a obtenus de cette opération ; d'après lui, de même que la laparotomie a ses indications et qu'elle est applicable aux collections récentes, bien circonscrites, et non fistuleuses, de même l'hystérectomie doit être réservée aux suppurations anciennes, étendues et compliquées de masses indurées et de trajets fistuleux.

M. *Richelot*, qui a eu recours plusieurs fois à cette opération, proclame que dans les cas de suppuration complexe, elle est bien supérieure à la laparotomie et moins dangereuse qu'elle. Il n'a point observé les accidents de rétention de pus, signalés par M. Terrillon et dus à la cicatrisation et à la rétraction rapide du fond de la cavité vaginale. Ces accidents ont cependant été notés par MM. Bazy, Routier, Reclus ; c'est pour éviter cette complication que ce dernier chirurgien a pris l'habitude, après l'ablation des pinces, de faire pénétrer assez profondément la gaze iodoformée qui sert de pansement.

M. *Quénu* a pratiqué 11 fois cette opération avec 10 succès, dont 9 complets (une malade a conservé une fistule stercorale) et 1 mort. Il pose aussi les indications de l'opération. Parmi les salpingites suppurées, il est un premier groupe, constituant des collections bien circonscrites et facilement énucléables, qui peuvent être sans danger et avec avantage opérées par la voie abdominale ; quelques-unes d'entre elles sont aussi bien justiciables de la laparotomie que de l'hystérectomie. Dans un second groupe se trouvent les salpingites suppurées, ouvertes dans l'une des cavités voisines : la laparotomie expose ici à divers accidents de gravité variable ; l'hystérectomie est préférable.

Enfin, sont justiciables de la même opération les cas anciens dans lesquels les poches, épaissies et adhérentes, ne peuvent être facilement et totalement décortiquées par la voie abdominale.

Quant aux salpingites catarrhales et kystiques, elles doivent être traitées par la laparotomie parce que l'hémostase est plus facile à obtenir et que la vessie est moins exposée à être blessée. Pour d'autres variétés de salpingites, telles que la salpingite sèche avec pelvi-péritonite et loges kystiques, la salpingite tuberculeuse, il y a peut-être lieu de préférer l'hystérectomie à la laparotomie.

M. *Terrier* reste partisan de la laparotomie dans la majorité des cas : d'après lui, l'hystérectomie est une opération de nécessité et non pas une opération de choix ; elle trouve principalement sa raison d'être chez des malades dont l'utérus est immobilisé, les lésions anciennes, les adhérences épaisses et multiples.

MM. Peyrot, Reynier, Bouilly, protestent également contre la tendance à vouloir généraliser l'intervention par la voie vaginale : ils considèrent l'hystérectomie comme plus difficile à pratiquer que la laparotomie et plus dangereuse pour la femme ; ils ne l'utilisent que lorsque la laparotomie est impuissante à obvier aux accidents.

---

aux déconvenues de certains maris, justement punis par où ils ont péché.

....

....

Comme corollaire à ce qui précède, qu'il me soit permis, après tant d'autres, de m'extasier une fois de plus sur les étonnants mystères de la génération, sur les myriades de germes nécessaires pour aboutir à la reproduction. Que de sacrifices inutiles, que de gaspillage, avant que le but des gestations futures soit atteint.

Et cependant, de tout ce peuple serpentin d'infiniment petits, il suffit d'un seul élu, d'un seul atome, d'un rien imperceptible, qui ne mesure pas cinq centièmes de millimètre, pour que le huis-clos matricial, receleur d'humanités, tressaille à se sentir violé. — Quelle responsabilité pèse sur ce spermatozoïde : — « Ce qu'il porte, écrivait récemment Maurice de Fleury, c'est l'ananké, c'est le fatum, c'est le péché originel, c'est l'atavisme et c'est l'hérédité, tout ce qui est irrémédiable, tout ce qui soufflette et défie notre liberté d'âme, la malédiction d'une race, l'impossibilité d'être bon.

Par lui, par cette molécule, tu assassineras, enfant, parce que ton père est un ivrogne ; toi, tu auras, fillette, un signe noir sous le sein gauche, parce que l'aïeule l'avait ; vous maigrirez de la phtisie, petits, et vous cracherez vos poumons, parce qu'un grand-père a fait la noce ; et tu feras de beaux livres tristes, jeune homme, parce que ton grand-oncle fut un aventurier ; ou tu seras trois fois infâme, en mémoire d'un certain ancêtre, après dix générations !

« Oui, ce globule fécondé, ce sera, dans trente ans, toute la machine achevée, formidable de complexité, un tout d'inépuisables merveilles .. Ça aura des amours aussi, des rêveries et des bassesses, une logique !

« Ce germe à son tour fera des germes et multipliera. Puis, quand il aura fait, tout au long d'une vie, dans l'amertume et la douleur, sa besogne fatale, il lui faudra rentrer aux origines, se remêler à tout le reste, pour resurgir infatigablement dans l'une quelconque des manifestations de la vie ! »

....

Voilà, certes, une belle page consacrée à la cellule indifférente et souveraine, à la cellule où le monde est latent, à la cellule pleine d'avenir et gorgée d'espoirs humains.

Je croirais la déflorer par des commentaires et je laisse mes lecteurs sous l'impression de rêverie effarée, qu'elle a dû provoquer en leur cerveau !

Dr Grellety (de Vichy).

D'ailleurs, la laparotomie leur a donné d'excellents résultats opératoires : sur 23 laparotomies, faites cette année, M. Peyrot n'a eu aucun décès et cependant les deux tiers de ces opérations s'adressaient à des pyo-salpinx avec lésions multiples et étendues ; sur 72 laparotomies pour lésions inflammatoires, suppurées ou non, des annexes, Reynier n'a eu que deux décès ; la statistique de M. Bouilly donne 9 décès pour 75 laparotomies ; d'après ce dernier chirurgien, l'hystérectomie vaginale doit être réservée pour les salpingo-ovarites anciennes avec adhérences solides et confusion dans tous les organes, s'accompagnant de fistules.

Tel n'est point l'avis de M. Segond, qui considère l'hystérectomie comme préférable dans la plupart des cas de lésions bilatérales des annexes ; quant à la gravité opératoire, elle n'est point plus grande que celle de la laparotomie. Sur 64 hystérectomies, M. Segond compte 56 succès et 8 morts, ces dernières étant toutes survenues à l'occasion de cas excessivement graves.

On peut voir, d'après cette discussion, combien les avis sont partagés : il est difficile à l'heure actuelle, de se prononcer sur la valeur comparative des deux méthodes ; il ne faut pas envisager seulement la mortalité opératoire, mais les suites éloignées de l'opération, et à cet égard, dans un certain nombre de cas, l'hystérectomie pourrait bien devenir l'opération de choix.

III. — Cure radicale de la grenouillette.

On sait combien la récidive de la grenouillette opérée est chose fréquente.

L'extirpation radicale peut mettre à l'abri. M. *Félizet* rapporte deux succès ainsi obtenus : après avoir fait sous la muqueuse une injection d'une solution de cocaïne, il fait pénétrer dans le tissu cellulaire 8 à 10 centim. d'eau boriquée, de telle sorte que la tumeur kystique, située au milieu de cette atmosphère hydrotomisée, devient nettement visible.

Une incision superficielle met à nu cette tumeur que l'on dégage peu à peu de ses adhérences périphériques, jusqu'à ce qu'on arrive au pédicule profondément situé sous la langue.

IV. — Traitement des abcès urineux (1).

Le Dr *Horteloup* rappelle que, pour les abcès aigus, la méthode classique est de faire une large incision, de décoller avec soin les clapiers, de faire un bon drainage et de pratiquer des lavages antiseptiques.

Pour les abcès chroniques, la conduite à tenir est moins précise ; on conseille bien de les inciser, mais le drainage est moins facile à exécuter, on opère dans des tissus durs, presque fibreux et, comme le dit Voillemier, on parvient bien rarement à en obtenir la résolution.

Quant au rétrécissement, cause première de l'abcès, en se basant sur une observation de Tuffier et Albarran, on est d'avis de ne pas intervenir dans la séance où l'on a incisé l'abcès et de ne s'en occuper que plus tard, lorsque la plaie est en plein bourgeonnement. Ces préceptes sont excellents, car il n'y a que des dangers à courir en faisant une incision de l'urèthre en plein foyer septique ; mais M. Horteloup pense qu'il y a intérêt à tenter l'enlèvement complet de la poche purulente et qu'il ne suffit pas de traiter les abcès urineux par la simple incision suivie d'un excellent drainage ; car, même après le traitement le plus méthodique du rétrécissement, il persiste, autour du canal, des lésions, qui, par leur évolution de sclérose, sont toujours le point de départ de nouveaux accidents.

Voici le manuel opératoire conseillé par M. Horteloup.

Après avoir fait relever les bourses par un aide, qui tient un cathéter droit introduit jusqu'au rétrécissement, on fait partir de la partie supérieure du foyer deux incisions convexes extérieurement, qui se réunissent à un centimètre de l'anus.

Ces deux incisions sont dirigées vers les parties profondes de la région de dehors en dedans, et viennent se réunir à la partie médiane, presque au contact du canal de l'urèthre. Introduisant l'index dans le foyer, on reconnaît les points indurés que l'on enlève, soit avec le bistouri, soit avec des ciseaux. Dans ce temps de l'opération on sépare entièrement le canal de l'urèthre de toutes les indurations périphériques et, lorsqu'on les a excisées, on aperçoit le canal de l'urèthre, au fond de la plaie, semblable à une grosse artère injectée.

Si l'on a affaire à un abcès aigu et phlegmoneux, la dissection est beaucoup plus simple : la poche molle et souple se laisse détacher avec le doigt, elle se déchire souvent et on ne l'enlève que par lambeaux, mais le résultat est le même.

Avant d'aller plus loin, il faut examiner le canal de l'urèthre, c'est-à-dire rechercher le siège exact et les dimensions du rétrécissement, l'état du canal au niveau du rétrécissement, et décider, suivant ce que l'on aura constaté, quelle est l'opération que l'on devra opposer au rétrécissement (l'uréthrotomie interne ou externe, ou la résection partielle du total du canal de l'uréthre).

On change le pansement au bout de 48 heures ; le 4e jour on fait un grand lavage à l'eau boriquée dans le canal de l'uréthre et dans la plaie, par le méat. Ces lavages sont faits régulièrement deux fois par jour jusqu'à guérison complète. Le septième jour, on commence l'introduction des bougies Béniqué, après avoir coupé les fils profonds.

V. — La lithotritie chez la femme (1).

La lithotritie est une opération assez rare chez la femme ; le Pr Guyon (1) démontre (ce qui au premier abord paraît paradoxal) qu'elle est plus difficile à exécuter que chez l'homme.

Certes, l'introduction des instruments est facile ; mais la grande difficulté de l'opération réside dans la vessie qui ne se laisse que péniblement distendre, parce qu'elle est douloureuse, ou bien qui, au contraire, est trop distensible.

Chez l'homme, on trouve le plus souvent le calcul en arrière de la prostate, dans le bas-fond de la vessie : on opère alors dans un champ opératoire bien limité, sans changer pour ainsi dire le lithotriteur de place. Chez la femme, au contraire, la vessie ne présente pas à sa partie inférieure de région nettement constituée en bas-fond ; le calcul peut se trouver dans toutes les régions de la vessie.

Il faut donc chez elle se créer un champ opéra-

(1) *Annales des mal. des org. génito-urinaires* ; oct. 1891.

(1) *Annales de Gynécologie*, octobre 1891.

toire en déprimant la vessie en un point plus ou moins voisin du col pour y amener le calcul, le saisir et le broyer. Cette dépression s'obtient facilement sur une vessie saine : il suffit d'appuyer la coudure du lithotriteur sur la paroi inférieure de la vessie ; mais cette manœuvre devient plus délicate dans une vessie atteinte de cystite. On commence alors par saisir le calcul pour l'amener dans la partie inférieure de la vessie et enfin le broyer.

Dans certains cas le calcul demeure en un point fixe de la vessie, situé quelquefois sur la paroi supérieure pendant toute la durée de l'opération ; c'est là qu'on est obligé d'aller chercher les fragments au fur et à mesure qu'on les veut broyer. C'est ce qui arrive lorsqu'on opère dans une vessie dont les parois ont une tendance à se rapprocher comme les feuillets d'un portefeuille.

Toutes ces conditions de la lithotritie font comprendre que la lithotritie est une opération difficile, toutes les fois qu'il faut chercher le calcul ; chez l'homme le développement de la pr ostate qui existe à l'âge où l'on opère généralem ent les calculs n'est pas sans utilité.

Le Pr Guyon résume ainsi les cinq temps de la lithotritie chez la femme : 1° introduire l'instrument ; 2° se créer un champ opératoire sur le fond de la vessie, en déprimant cette région avec le talon du lithotriteur ; 3° saisir le calcul ; 4° le fixer une fois que la prise est reconnue bonne par les contacts multipliés entre les mors du lithotriteur ; 5° broyer le calcul et évacuer les fragments. A part le deuxième temps, qui constitue chez la femme la difficulté de la lithotritie, les autres temps sont les mêmes que chez l'homme.

VI. — De la douche nasale (1).

Son emploi est aujourd'hui courant — trop courant même, d'après le Dr *P. Tissier*, qui étudie d'une manière très pratique ce procédé thérapeutique.

Le but de l'irrigation nasale est de fluidifier et d'éliminer les sécrétions nasales, de s'opposer ainsi aux conséquences de la stagnation des mucosités et d'agir, dans certains cas, comme désinfectant et antiseptique ; elle ne saurait avoir aucune utilité dans les cas de polypes, de déviations de la cloison, etc.

La douche nasale repose sur ce principe que le liquide injecté dans une fosse nasale, et arrivé au contact de la face supérieure du voile du palais, en détermine le relèvement, d'où occlusion du pharynx nasal et retour du liquide par l'autre fosse nasale lorsqu'il a acquis une pression suffisante. Si l'injection est faite sous une pression trop forte, ou bien la pression vaincra la résistance du voile du palais et le liquide tombera dans la gorge, ou bien le liquide pénétrera dans les trompes et arrivera dans l'oreille moyenne en y provoquant une inflammation aiguë suppurative.

Il faut donc faire l'irrigation sous faible pression ; de plus, s'il existe un rétrécissement de la fosse nasale par où doit s'effectuer le retour, il en résultera une augmentation de pression dans le pharynx nasal, avec les mêmes conséquences que tout à l'heure ; d'où nécessité de s'assurer de l'état de perméabilité des fosses nasales, lorsqu'on prescrit les irrigations. Lorsque les fosses nasales présentent une largeur inégale, il suffit de faire pénétrer le liquide par la fosse nasale la plus étroite.

(1) *Annales de médecine scientifique et pratique*, 18 nov. 1891.

Quel est le meilleur instrument à employer ?

Lorsque le médecin donne la douche lui-même, il peut se servir d'une *seringue à hydrocèle* dont le bout est muni d'un tube de caoutchouc. Il mesure ainsi fort bien la pression ; la présence du tube de caoutchouc permet d'éviter de léser les parties et, en outre, comme il laisse entre lui et la paroi un certain espace vide par où le liquide peut refluer, on n'a pas à craindre un excès de pression. Ce procédé ne doit jamais être employé par les malades eux-mêmes.

L'emploi d'un *irrigateur* est contre-indiqué pour les mêmes raisons (pression beaucoup trop forte). Tous les procédés employés couramment reposent sur le principe du siphon.

L'appareil de Weber est d'un usage vulgaire ; c'est un simple tube de caoutchouc de 0,75 centimètres environ plongeant par une de ses extrémités dans un récipient rempli de liquide et portant à l'autre extrémité une olive destinée à être introduite dans la fosse nasale.

Il est plus facile de se servir d'un tube en U en caoutchouc durci aux deux branches duquel s'adaptent 2 tubes de longueur inégale.

Cet appareil donne des garanties de sécurité pour ainsi dire parfaite, mais il a un inconvénient, il doit être amorcé chaque fois, soit avec la bouche, ce qui ne va pas sans quelque répugnance, soit à l'aide d'un artifice qui consiste, à l'aide des doigts, à faire le vide dans le tube, dont on chasse l'air de haut en bas.

L'appareil de beaucoup le plus pratique est le siphon nasal, muni d'une poire. Veut-on amorcer, on plonge la petite branche du siphon dans le récipient qui contient le liquide d'irrigation, on presse sur la poire ; après avoir placé le doigt sur l'orifice de l'embout nasal, on cesse la pression sur la poire ; le liquide est ainsi aspiré et le siphon très simplement amorcé. Il faut prévenir avec soin les malades que la petite poire ne doit servir *exclusivement* qu'à l'amorçage.

Quels sont les liquides que l'on utilisera ? Quels qu'ils soient ils doivent être *tièdes*, 30° à 35°. Il faut éviter une température trop basse, qui est fort désagréable à supporter.

La dose à injecter est de 1 litre en moyenne. S'agit-il de simples mucosités, 1/2 litre suffira ; veut-on au contraire détacher les croûtes de rhinite atrophique (ozène), il faudra souvent employer des doses beaucoup plus considérables.

L'eau simple bouillie tiède détermine une sensation de brûlure très pénible, aussi n'est-elle ordinairement pas utilisée.

Dans le plus grand nombre des cas, on a recours aux solutions chlorurées sodiques. Les liquides qui imprègnent la muqueuse nasale contiennent normalement du chlorure de sodium.

Pour la pratique, on prescrit une cuillerée à café pleine de sel pour 1/2 litre d'eau. Les irrigations chlorurées sodiques ont pour effet d'entraîner mécaniquement les mucosités, et, en outre, de les rendre plus fluides et, par suite, de faciliter leur sortie.

Si la solution chlorurée sodique est admirablement supportée par le nez, il en est autrement pour l'oreille. Weber-Liel a constaté que, lorsqu'il en passe dans la caisse, il en résulte une irritation très violente.

Aussi a-t-on proposé de remplacer le sel par le bicarbonate de soude (*Weber-Liel*) dans la même proportion d'une cuillerée à café pour 1/2 litre d'eau (*Bresgen*); on a aussi préconisé le chlorate de potasse et les eaux sulfatées sodiques naturelles.

Il n'y a pas grand avantage à substituer ces solutions à celles de sel.

Après les injections chlorurées sodiques, ce sont les injections boriquées qui sont le plus fréquemment employées (1 à 3 %). Elles donnent de bons résultats et sont bien tolérées.

On a préconisé encore de nombreuses substances : l'acéto-tartrate d'alumine (*Choeffer*, *Lange*), à la dose d'une cuillerée à café d'une solution à 25-50 % pour 1/2 litre d'eau; l'acide phénique à 0,10-0,50 %, le permanganate de potasse (0.01 à 0,05 %). Ces derniers corps doivent être employés avec prudence, ils agissent très bien et très rapidement, mais il ne faudra les prescrire que si l'on peut en surveiller l'action.

Comment l'injection doit-elle être donnée ?

Le siphon étant amorcé, le malade introduira le siphon dans une fosse nasale en ayant soin de diriger le jet horizontalement : pour cela l'embout est d'abord poussé dans la narine de bas en haut et d'avant en arrière. Une fois introduite, on relève le bout externe de l'olive, de façon à diriger le jet dans le méat inférieur; on évitera ainsi les éternuements, les maux de tête, le larmoiement, etc.

La tête doit être légèrement penchée en avant ; et la respiration doit être tranquille et se faire la bouche ouverte. Le malade doit éviter, pendant que le liquide passe, de parler et de faire des mouvements de déglutition.

Une fois l'irrigation terminée, le malade devra éviter de se moucher, pour ne pas s'exposer à faire pénétrer le liquide dans les trompes. Il chassera le liquide qui reste par expression du bout du nez et en faisant de brusques expirations, les narines étant ouvertes.

En définitive, on le voit, il y a là une série de précautions à prendre. Il faut montrer aux malades le fonctionnement de l'appareil sur eux-mêmes et ne leur permettre de s'en servir qu'après s'être assuré de visu qu'ils en savent le moyen.

L'emploi de la douche nasale bien administrée donne d'excellents effets toutes les fois qu'il s'agit de modifier quantitativement ou qualitativement les sécrétions anormales exagérées des muqueuses du nez ou du pharynx supérieur.

Ce n'est point une action indifférente si l'on songe aux suites de ces troubles sécrétoires (obstruction nasale avec ses conséquences sur la respiration et la phonation, pharyngite et laryngite chroniques, inflammations de la muqueuse nasale, pouvant s'étendre aux sinus et entraîner la perte de l'odorat, fétidité particulière, épistaxis fréquentes, etc.).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Une autopsie médico-légale doit-elle être pratiquée sans la presence d'un officier de police judiciaire ?

Guelma, le 14 octobre 1891.

Monsieur et très honoré Confrère,

Permettez-moi d'avoir recours au *Concours médical* pour me renseigner sur le point suivant qui intéresse tous les médecins, et surtout ceux de l'Algérie,

Un médecin, dans le cas d'un crime, peut-il et doit-il pratiquer une autopsie, sans la présence d'un officier de police judiciaire ?

Il arrive souvent, en Algérie, qu'un procureur, un juge de paix ou un administrateur, informé de la mort violente d'un individu, requière un médecin de se transporter quelquefois fort loin pour pratiquer l'autopsie et rechercher les causes de la mort : quelquefois le médecin y va seul, quelquefois il se trouve sur les lieux avec deux gendarmes chargés par l'autorité judiciaire de prendre des renseignements sur le fait.

Cette manière de procéder n'est-elle pas absolument illégale, et un médecin qui refuserait son concours, dans ces circonstances, serait-il dans son droit ?

Voici le texte d'un réquisitoire adressé à un médecin par un procureur de la République :

« Vu le rapport adressé à la gendarmerie à la date « de ce jour par le cheick des... (Les cheicks sont des adjoints indigènes de commune mixte).

« Requérons M. X.... de se trausporter, après « serment préalable, à la mechtaoli... (45 kil. à « faire à cheval) à l'effet de procéder à l'autopsie «du cadavre de M., et de rechercher si cet indi-« gène est mort des suites des coups qui lui au-« raient été portés par S... »

Signature,

En post scriptum : « Les gendarmes partiront demain matin à 6 h. »

Ce réquisitoire était remis au médecin à 7 h. du soir ; il a toute la nuit pour se procurer les moyens de transport et le procureur l'informe gracieusement que, s'il veut faire les 90 kil., qu'il a à parcourir, aller et retour, en compagnie des gendarmes, ceux-ci partiront le lendemain matin à 6 h. — S'il ne part pas avec les gendarmes, à l'heure indiquée par eux ou leur chef, il faut qu'il se procure un guide, à ses frais, car les routes sont rares en bien des endroits et les mechtas difficiles à trouver.

Si, escorté des deux gendarmes, il va sur les lieux du crime supposé, il y procède à l'autopsie, en présence de ces agents de la force publique, mais en l'absence de tout officier de police judiciaire. S'il ne lui plaît pas de se laisser conduire, guider, veux-je dire, par les gendarmes, ou s'il n'a pu partir avec eux et s'il va seul, il est obligé de procéder à l'autopsie, en l'absence de toute autorité judiciaire : il arrive quelquefois, dans ce cas, que les indigènes ne voyant aucun représentant de l'autorité, se montrent récalcitrants et même hostiles : ils n'aiment pas qu'on touche à leurs morts.

En ma qualité de délégué des médecins de colonisation au comité départemental de l'Assistance médicale, je dois prochainement soumettre cette question au Comité. Je vous serais donc très obligé, Monsieur le Directeur, de demander le plus de détails possibles au conseil judiciaire du Concours médical, cette question, comme vous le voyez, intéressant énormément tous les médecins de l'Algérie, où les crimes sont très fréquents, et où la circonscription judiciaire d'un médecin a quelquefois plus de 100 kil. de rayon.

Veuillez agréer, etc.

Dr De Labrousse.

Nous pensons que ces difficultés doivent être soumises directement à l'appréciation du chef du parquet en Algérie. A. C.

Patente et Clinique gratuite.

Le médecin qui donne des consultations gratuites aux pauvres dans une Clinique ouverte par lui, est imposable à la contribution des patentes, à raison du local affecté à cette Clinique.

— Ainsi jugé au Conseil d'État, section temporaire du contentieux, par le rejet d'un recours formé par le Dr B..... contre un arrêté du Conseil de préfecture de la Gironde en date du 24 février 1888 :

Considérant qu'aux termes de l'article 12 de la loi du 18 juillet 1880, le droit proportionnel de patente est établi tant sur la maison d'habitation que sur les locaux servant à l'exercice de la profession ;

Considérant qu'il résulte de l'instruction que le sieur B..... exerce dans la ville de Bordeaux la profession de médecin ; que le cabinet qu'il occupe quai de Bacalan sert à l'exercice de ladite profession ; qu'en admettant que ce local soit exclusivement affecté à des consultations gratuites, cette circonstance n'est pas de nature à lui faire obtenir décharge du droit proportionnel de patente auquel il a été imposé et maintenu à raison dudit cabinet qui fait partie de l'ensemble des locaux servant à l'exercice de la profession du requérant.

On lira dans le prochain numéro une intéressante communication du Dr Chaumier (de Tours) sur le même sujet.

GYNÉCOLOGIE

Trop de mutilations inutiles et pas assez de gynécologie conservatrice.

Il serait curieux de savoir exactement combien de femmes sont châtrées annuellement dans nos hôpitaux et en dehors d'eux. Celui qui se livrerait à cette statistique ne ferait pas œuvre inutile, surtout s'il pouvait établir la nature des lésions pour lesquelles on a opéré. Les laboratoires auxquels on envoie les pièces anatomiques, pour l'examen, pourraient aussi nous révéler de singulières choses, et que de documents non soumis à l'examen !

Il ne serait pas moins curieux de savoir combien d'hommes subissent l'opération analogue. On verrait assurément, par le contraste éclatant des chiffres, que les chirurgiens modernes sont aussi prodigues de mutilations à l'endroit du sexe faible, qu'ils en sont ménagers à l'égard du sexe fort... qui peut-être ne se laisserait pas faire aussi facilement.

Je suis convaincu que les huit dixièmes des femmes opérées pouvaient éviter l'opération radicale.

Quand on voit le nombre d'opérations entreprise pour des folliculites ovariennes, pour des salpingites catarrhales, pour des névralgies pelviennes, pour l'hystérie vraie ou la pseudo-hystérie, il est de toute nécessité d'examiner les choses de près.

Je ne saurais être très long ; seulement la castration, comme traitement de l'hystérie, me paraît être un thème intéressant entre tous.

Il faut d'abord se prémunir contre une source d'erreurs, qui entachent certaines statistiques à cet égard. Il en est qui datent seulement de deux ans, et contiennent, par conséquent, uniquement des faits récents, trop récents surtout pour juger l'action spéciale de la castration dans les névroses. Cette sélection adoptée par quelques statisticiens est au moins étrange ; il m'eût semblé que les séries d'opérations plus anciennes étaient bien mieux de nature à trancher la question des *résultats éloignés* de l'ablation des annexes.

Une autre surprise, c'est que la mortalité opératoire paraît être devenue une quantité négligeable, certains ne regardent plus même la mortalité comme possible.

On voit le danger de cette tendance. Ce n'est rien moins que la justification absolue de toute intervention abdominale, pour quelque raison que ce soit, si futile qu'on la puisse supposer.

Je ne pense pas cependant que le dogme de l'immortalité opératoire ait été proclamé !

Cela posé, je suis en droit, je suppose, d'émettre cet avis, que, pour juger sainement de la valeur d'une intervention contre des affections *qui ne sont point mortelles*, comme les névralgies, les névroses et les pseudo-névroses, qui, de leur essence même, sont souvent passagères, il faudrait :

1° Le contrôle prolongé du temps et l'expérience de plusieurs années ;

2° La démonstration absolue que l'opération n'est jamais mortelle, même dans ces cas.

Or, ces deux éléments, le contrôle du temps et l'innocuité de l'opération, font défaut.

J'aurai tout dit, en ajoutant qu'en elle-même l'intervention est illogique et parfaitement déraisonnable.

Si je le prouve, que restera-t-il de ces laparotomies faites à la diable ? Quelle utilité, quel enseignement ? Rien, sinon la preuve d'une grande légèreté et d'un manque absolu de clairvoyance scientifique.

Je vois, à la lecture des mémoires, que certains opérateurs cherchent à atténuer la portée de leurs interventions en faisant des réserves.

L'un d'eux affecte surtout de mettre en contradiction le raisonnement et les faits. « Il s'agit d'une hystérique ; pas la moindre douleur pelvienne. Il opère, elle guérit, ou du moins paraît guérie.. » L'affaire ne date que de quelques mois.

N'est-il jamais venu à l'idée de ce chirurgien d'enlever les testicules ou la verge à un homme qui présenterait des accidents convulsifs ou une hémiplégie hystérique ? Cela ne serait ni plus ni moins logique, puisque, dans son cas, il n'y avait même pas de localisation douloureuse dans les organes qu'il enlevait. Mais admettons qu'il y ait une localisation douloureuse dans l'ovaire, comme cela est indiqué dans d'autres cas nombreux des statistiques ; pourquoi en faire l'ablation alors que, si la même névralgie hystérique, occupe le sein, l'occiput, l'épaule (les exemples en sont fréquents), il ne vient jamais à l'idée d'amputer le sein, l'épaule, ou de trépaner.

Cette discussion ne vaut pas d'être prolongée.

La morale de tout ceci est quelque peu affligeante.

L'antisepsie a mis aux mains des chirurgiens une action puissante de sauvegarde et de sécurité, dans l'exécution des opérations. Mais les conséquences sont devenues telles, qu'on en est à se demander, si le danger, disparu d'un côté, ne va pas reparaître d'un autre, tant est singulier l'abus engendré par cette précieuse découverte.

Pour rester sur le terrain de la gynécologie, il n'est pas niable que le grand objectif de tout débutant dans la chirurgie est de multiplier le nom-

bre de ses laparotomies, et d'arriver de suite à de grosses statistiques.

De jeunes praticiens frais débarqués de Paris, où ils ont tenu certes avec assiduité le rôle d'assistants près de maîtres plus habiles peut-être que judicieux, semblent ne viser à autre chose, que de triompher des difficultés du début, par des opérations à sensation. La laparotomie paraît être devenue le véritable *tremplin de succès*. Je lis les statistiques ; c'est toujours de salpingites, d'ovarites folliculaires, d'hématosalpinx qu'il s'agit.

Je ne sais si on trouverait quelque chose de bien solide sous ces étiquettes. Mais les kystes vrais de l'ovaire, les myomes utérins, il en est rarement question. C'est que les cas sont drainés depuis longtemps, ou bien c'est qu'on y regarde à deux fois, quand il s'agit de myomotomie.

Mais une bonne petite douzaine de castrations pour commencer ; et puis, on verra. Dès lors, tout est prétexte à castration. Je me trompe, tout est prétexte à laparotomie, car voici qu'on entame un nouvel hymne en faveur de la laparotomie exploratrice.

Donc, la douleur, une tuméfaction vague, des métrorrhagies inexpliquées, sont le mobile invoqué... et on laparotomise.

Or, une fois le ventre ouvert, il est bien rare qu'on le referme sans en retirer quelque chose. Certes, ceux qui agissent de la sorte ne pensent pas être plus coupables que leurs anciens chefs de file, qu'ils imitent à leur tour. Le succès excuse d'ailleurs puissamment leur conduite.

Eh bien, il faut dire que tout cela cache l'ignorance grossière de la profession.

Cette manière de faire n'est plus qu'un déchaînement de licence chirurgicale.

De gynécologie, il n'y en a pas un soupçon dans tout ceci.

Les moyens conservateurs, non seulement ils ne les appliquent pas, mais je gagerais qu'ils en ignorent la pratique correcte.

Or, un enseignement officiel de la gynécologie est tout à créer. Ni chaire, ni clinique ! Pas même, à leur défaut, des services hospitaliers, organisés pour la pratique...

C'est un dur et périlleux rôle que celui de critique. Le métier de redresseur de torts ne fait d'ordinaire que créer à celui qui l'adopte, embarras et rancunes. Mais j'estime qu'il ne faut redouter ni les uns ni les autres, car le péril vaut d'être signalé.

Pour moi, je le répète, il ne me plaît pas d'être complice par mon silence, dans une question où quelques gens croient à ma compétence. Ce serait une lâcheté que de me taire.

Dr DOLÉRIS.

Nous reproduisons cet article de la *Pratique médicale*, d'autant plus volontiers que nous connaissons des cas de castration qu'on ne peut justifier, accomplis sans prévenir la femme de sa stérilité assurée et sans l'assentiment du mari.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat de Nantes (*suite et fin*).

Nous arrivons aux questions particulières ou locales, à celles qui nous intéressent en quelque sorte de plus près.

Tout à l'heure, nous rappelions à regret les jugements des tribunaux, l'interprétation restrictive qu'ils ont faite jusqu'ici de la loi de 1884 sur les syndicats professionnels. Mais ce n'est pas dans notre ville que nous pouvons nous plaindre de nos rapports avec les tribunaux. Notre laborieux Président a su gagner à notre cause magistrats et Parquet. C'est sur sa demande que les enquêtes sur l'exercice illégal de la médecine succèdent aux enquêtes, et que de nombreuses condamnations de charlatans vengent notre profession.

La collection des victimes qui ont succombé cette année devant les plaintes du Syndicat est nombreuse. Nous y voyons des récidivistes condamnés à la prison, des fabricants de pilules, des marchands de plantes cuites, des magnétiseurs, des religieux et des religieuses, des pharmaciens. Vous n'attendez pas de nous que nous vous citions les noms et les faits. Les bulletins trimestriels les ont publiés. De plus, cette question des rebouteurs a le triste privilège de provoquer le mépris et de faire monter le dégoût aux lèvres. Il vous suffit de savoir que le Syndicat ne fait nulle grâce à ces escamoteurs de la bonne foi publique et que nous croyons rendre service à l'humanité en la défendant contre leur invasion malsaine. Le Parquet, après avis préalable du Syndicat, a trouvé profondément immorale l'action du bandagiste qui, bannissant toute fausse honte ou pudeur, s'évertue à chercher les métrites chroniques, les flexions, versions ou autres difformités utérines pour y apporter remède sur mesure.

Est également susceptible de poursuites, le fabricant de bandages herniaires, qui, peu soucieux du diagnostic médical et des indications, méprisant une ordonnance dont il n'a pas besoin, pose lui-mêmes ses appareils.

Plusieurs confrères persistent encore à penser que l'exercice illégal de la médecine est une plaie incurable de notre profession. A ceux-là nous répondrons que le Syndicat de Nantes ne désarmera pas, que les beaux jours de cet art pseudo-scientifique sont cependant passés, et que, si les rebouteurs travaillent encore dans l'ombre, il sont moins nombreux, plus craintifs et mieux surveillés.

La protection que trouve le Syndicat devant les tribunaux, nous la trouvons également devant notre municipalité. Le service médical de nuit a été à l'ordre du jour de huit séances ; c'est vous dire qu'il a été étudié, corrigé, remanié; des abus s'étaient glissés dans son fonctionnement ; ils ont été redressés, grâce au Syndicat.

Nos honoraires avaient été réduits de plus d'un tiers pendant cette campagne de 1890. Les nécessités d'un budget municipal en détresse nous y avaient condamnés. Considérant néanmoins que l'économie réalisée du fait de la réduction de nos prix de visite de nuit n'avait été pour la ville de Nantes que de deux cents à trois cents francs dans une année, notre maire actuel s'empressera, nous l'espérons, de reprendre l'ancien tarif. Par cette généreuse mesure il prouvera qu'il serait injuste de demander au médecin, au médecin seul, de prendre à sa charge les frais de la charité publique.

Les Sociétés de secours mutuels n'envisagent pas la question des honoraires médicaux de la même façon que nos édiles. Leurs rapports avec

le corps médical sont moins faciles. Il est hors de doute que nos devanciers dans la profession médicale, séduits par les questions de mutualité (c'est toujours par les mots de charité et d'humanité qu'on nous entraîne), ont commis une erreur profonde en s'abandonnant au courant de ces Sociétés. Leurs exigences ont grandi en raison directe de notre condescendance. Des abus se sont glissés dans leur fonctionnement et dans la composition de leurs listes ; elles refusent quelquefois aux médecins charitables qui les soignent la déférence et la considération qui leur sont dues ; elles usent de leur crédit pour mettre en concurrence et en conflit des confrères nés pour s'entendre et se prêter secours.

Le Syndicat a fait un grand pas cette année en signalant à tous les confrères les agissements douteux de quelques-unes de ces Sociétés et en ralliant à sa cause non seulement les membres de notre Association, mais encore ceux qui n'en font pas partie.

En effet, le problème dont le Syndicat poursuit sans cesse la solution, est de faire concorder l'intérêt général de tous nos confrères avec l'intérêt particulier de chacun d'eux vis-à-vis de ces Sociétés de secours mutuels.

C'est aussi notre intérêt à tous d'avoir, à titre de renseignements, un tarif bien étudié d'honoraires, portant l'approbation officielle du Syndicat. Mais comme ce tarif est perfectible, vous avez jugé nécessaire de le reviser cette année. Une nombreuse commission y a introduit quelques modifications. Un des membres de la commission, M. le docteur Malherbe, a proposé une quatrième série de prix, pour les classes riches, prix très élevés et ne pouvant convenir que dans des cas malheureusement très rares. Cette série est exceptionnelle, mais elle servira quelquefois et nous conservera de douces illusions pendant que le courant ordinaire de nos occupations nous entraînera au gré des trois autres séries moins heureuses.

En regard de ces séries, sur notre table de travail, discrètement voilé, se tiendra, si vous le voulez bien, le livre de *renseignements officiels* du Syndicat, mis à jour cette année dans une de vos dernières séances. La liste des clients ingrats s'allonge chaque année sur ce livre.

Lorsque, enivré du succès d'une belle opération, d'une guérison obtenue à grand'peine, à travers mille périls, vous abaisserez vos regards sur ce registre triste et sans reliefs, souvenez-vous, comme ce triomphateur ancien, que vous n'êtes qu'un homme et puissiez-vous n'y pas rencontrer déjà inscrit le nom du client dont vous veuez de sauver la vie.

Le paiement de vos honoraires sera quelquefois plus difficile encore, lorsque votre malade aura succombé.

Qui de vous n'a passé par ces tristes épreuves de voir chez le notaire du défunt sa note d'honoraires rangée parmi les créances de la succession, ballottée par le flux et le reflux des vacations, des tableaux de récapitulation, des ajournements ; soumise au bon vouloir de la famille du défunt qui vous oublie, et au caprice du notaire qui ne s'occupe pas de vous ; anéantie peut-être définitivement un jour dans un silence de mauvais augure. Veuillez alors vous souvenir de la savante consultation de notre conseil judiciaire publiée dans votre séance du 2 février.

Le notaire, en ce cas, n'est vis-à-vis de vous qu'un mandataire irresponsable de la famille du défunt. La conclusion s'impose ; le créancier vigilant, sans s'occuper outre mesure de son titre de privilégié, doit prendre au plus vite ses garanties.

Telles sont, Messieurs et chers Confrères, les principales questions qui ont été traitées devant vous pendant l'année 1890. Nous avons laissé dans l'ombre beaucoup de questions secondaires, telles relations de confrère à confrère, réquisitions de la justice, expertises médico-légales, certificats délivrés pour les administrations, etc. ; je m'arrête, car la liste en est longue.

Puisse ce compte-rendu vous apporter le témoignage irrécusable que le travail est à l'ordre du jour de toutes vos séances, que les intérêts du corps médical sont soigneusement étudiés et sauvegardés dans le Syndicat de Nantes, et que nous y conservons comme un dépôt précieux le souci de l'honneur et des privilèges de notre profession.

Situation financière de l'Association du 15 avril 1891.

Recettes. Année 1890........	1887 fr. 48
Dépenses........................	954 13
Solde en caisse........	933 fr. 35

(*Applaudissements.*)

Banquet.

A sept heures se réunissaient en un banquet confraternel, dans les salons Bonnaud, vingt-neuf membres, tant de l'Association générale que du Syndicat, plus MM. Mignen et Cellier. Au dessert, M. Porson a ouvert la série des toasts en rappelant qu'on fêtait à la fois le Syndicat dépassant le chiffre de cent adhérents et l'Association générale qui avait bien voulu s'unir à lui pour cette circonstance.

Puis M. Mignen, Président de l'Union des Syndicats de France, rend, en quelques mots, justice au Dr Chevandier, député, dont le zèle et la persévérance ont enfin fait aboutir la discussion de la loi sur la Médecine. Il propose de lui envoyer un télégramme de remerciements, proposition acceptée à l'unanimité, et termine en engageant tous les médecins à agir auprès des Sénateurs pour faire adopter sans changements la loi sur la médecine, malgré ses imperfections, afin de pouvoir jouir le plus tôt possible de l'existence légale qu'elle confère aux syndicats médicaux.

Enfin, M. le docteur Cellier, en quelques mots fort spirituels, remercie le Syndicat de Nantes de l'accueil qu'il reçoit.

REPORTAGE MÉDICAL

Clinique Française, 30, rue d'Assas, et 76, rue de Vaugirard, Paris.— Séance d'Inauguration du 22 novembre 1891.— Le 22 novembre a eu lieu l'inauguration de la *Clinique Française*, sous la présidence de M. le Dr Gestin, ancien directeur du service de santé de la marine, commandeur de la Légion d'honneur.

L'honorable président, dans un discours très précis et très succinct, a indiqué le but charitable de l'œuvre.

L'idéal entrevu l'a déterminé à se retremper dans la vie active et à s'associer aux travaux de confrères plus jeunes, qui ont collaboré à la fondation de la Clinique Française.

Il remercie l'assistance et termine sur ces mots couverts d'applaudissements : « Honneur aux fondateurs de la Clinique Française ! »

M. le Dr Aubeau, directeur, pour l'année 1891, indique la formule de l'œuvre : *Vulgarisation scientifique, charité internationale.* A ce propos, il revendique, pour lui et ses collaborateurs, l'idée de la création d'un *hôpital international à Paris.* Cette création, éminemment française, fonctionne depuis une année, et ceux qui l'ont fondée entendent bien lui donner un développement progressif et édifier, dans un avenir prochain, un asile qui deviendra le patrimoine du monde.

La réalisation de cette idée permettra de donner plus d'extension à l'enseignement pratique de la médecine et de la chirurgie, enseignement déjà largement distribué aux étudiants qui fréquentent les consultations. C'est donc bien, comme on le voit, une œuvre de science et de philanthropie.

M. le Dr Monnet, secrétaire général, explique le fonctionnement de la Clinique, ses actes, ses ressources et ses résultats.

Dans une chaude improvisation il place l'œuvre entreprise sous l'égide de la Charité, faisant appel à la générosité de tous ceux qu'intéressent les œuvres d'humanité.

Une initiative aussi noble, aussi vaste que celle de la création d'un hôpital international, ne peut manquer de trouver un écho sympathique. Les dames françaises dont la charité est inépuisable ont été les premières donatrices de l'œuvre. C'est à elles, à leur cœur, à leur dévouement qu'il demande de faire fructifier l'idée et de faire venir les dons.

La Clinique Française est née d'hier, mais sa vitalité est puissante et s'affirmera encore, car elle ne veut avoir pour parrains que la science et la charité.

La séance s'est terminée par la visite des locaux. On a admiré la salle de laryngologie, la salle de chirurgie, les laboratoires d'histologie, de bactériologie, etc.

Un lunch a été servi, auquel les assistants ont fait le plus grand honneur. On s'est ensuite séparé, emportant de cette cérémonie le meilleur souvenir et en promettant bien d'aider au développement et à la prospérité de l'œuvre.

M. le Dr Dubois, conseiller municipal, déclare qu'il connaît la Clinique Française et la suit dans son évolution ; aussi est-il heureux de lui promettre son appui et d'applaudir à ses efforts comme à ses succès.

M. Paul Strauss s'associe aux éloges du Dr Dubois. Il estime que des œuvres du genre de celles-ci sont utiles et fécondes. Elles créent dans la Charité, comme dans l'enseignement, non pas la rivalité, mais l'émulation.

Aussi promet-il son concours dévoué à l'œuvre, au triple titre d'ami des fondateurs, de conseiller municipal et de journaliste.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

MM. les docteurs E. Lacaille, de Paris, présenté par M. le Dr Delefosse, de Paris ; Ganivet-Desgraviers, de Montboyer (Charente), présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de MM. les docteurs Condou, de Nay (Basses-Pyrénées) et Gautier, de Saint-Junien (Haute-Vienne), tous deux membres du Concours médical.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Vient de paraître :

Dyspepsies hernieuses, par le Dr Zabé, membre du Concours médical, in-8° carré. Prix : 2 francs, net franco 1 fr. 60 pour MM. les membres du Concours médical.

Sous ce titre, M. le Dr Zabé publie un livre du plus vif intérêt. Nous osons dire qu'il a fait une véritable découverte clinique. Le premier il interprète beaucoup de désordres fonctionnels stomacaux comme dépendants de hernies ombilicales ignorées et négligées. Il démontre, s'appuyant sur plus de deux mille observations, que la plupart des dyspepsies dites *nerveuses* ou utérines n'ont pas d'autre cause pathogénique. Voici du reste un extrait de la table des matières : Fréquence des petites hernies ombilicales. — Diagnostic des petites exomphales. — Nombreux troubles digestifs qui en résultent. — Cause fréquente de la dilatation de l'estomac. — Conclusions cliniques. — Troubles sympathiques résultant des dyspepsies hernieuses. — Troubles cérébraux. — Altérations de nutrition consécutives. — Traitement. — Cure radicale. — Conclusions thérapeutiques... Bref, travail utile, rempli de faits que nous devons signaler *très particulièrement* à nos confrères.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

et même, en cas d'épuisement des crédits, une réduction est consentie sur le montant total des honoraires. Cette réduction a varié de 11 à 27 % dans l'Indre-et-Loire.

Quelle que soit l'organisation, il est une difficulté qui sera toujours des plus délicates à résoudre ; nous voulons parler de la formation de la liste des indigents appelés au bénéfice du service médical gratuit. Les municipalités, dans un but philanthropique, ou guidées par des intérêts électoraux, ont une tendance manifeste à grossir démesurément la liste des indigents, et il en résulte que les crédits affectés sont rapidement insuffisants. Nous croyons toutefois que la présence obligatoire d'un ou des médecins, dans les commissions chargées d'établir la liste des indigents, pallierait, tout au moins dans une large mesure, le grave inconvénient que nous venons de signaler.

Donc, le droit pour le médecin d'assister à la confection de la liste des indigents, avec voix délibérative, doit être inscrit dans la loi, et nous regrettons que, dans son projet d'assistance médicale gratuite, le gouvernement ne l'ait pas reconnu. Ce projet a soulevé de judicieuses critiques, mais nous estimons qu'il serait acceptable avec la modification dont nous venons de parler.

Quand aurons-nous en France une organisation équitable de l'assistance médicale des pauvres ? On nous la promet depuis longtemps, et les Chambres se succèdent sans que rien n'ait été fait en ce sens. Le corps médical ne se montre pourtant pas exigeant, puisque quelques confrères se contenteraient d'une rémunération qui serait à peine égale à la moitié de ce qu'ils demandent aux clients les moins favorisés de la fortune. Quant à nous, nous croyons devoir nous montrer de moins facile composition. Nous ferons remarquer, avec nos confrères de l'Association locale de l'Orne : « que la commune n'est pas indigente, que les charges qui lui incombent doivent être réparties entre ses habitants proportionnellement aux facultés de chacun ; que les médecins, qui participent à toutes les charges communales, ne peuvent sans injustice être chargés d'un impôt plus élevé que celui que paient les autres citoyens ; enfin, que la réduction de prix, tout en étant extrêmement onéreuse pour le médecin, ne produirait pour chacun des contribuables qu'un allégement tout à fait insignifiant. » (Association locale de l'Orne, 1869.)

Avec nos confrères de l'Orne, nous demandons que le médecin soit payé des soins qu'il donne aux pauvres, comme il l'est par ceux qui n'ont pour toute fortune que le produit de leur journée de travail.

Mais il est temps de conclure. Nous inspirant, tant des vœux émis par divers Syndicats (et entre autres ceux de Seine-et-Oise, de la vallée de l'Hérault, de l'Indre-et-Loire, de l'Aisne, des Bouches-du-Rhône, de la Haute-Garonne, de Challans et de Montaigu, Vendée) que de nos idées personnelles, nous vous proposons, au nom du Bureau de l'Union, l'adoption des propositions suivantes :

1° L'organisation d'un service médical gratuit pour les indigents est obligatoire pour toutes les communes de France.

2° L'établissement d'un bureau d'assistance est obligatoire pour toutes les communes de France : ce bureau délivrera aux indigents malades les bons alimentaires, vêtements, chauffage, objets de pansements, dont ils auront besoin.

3° L'assistance médicale de l'indigent s'exerce à son domicile, son hospitalisation ne pouvant avoir lieu qu'en cas d'absolue nécessité.

4° La liste des indigents doit comprendre nominativement tous les membres de la famille, et le médecin est appelé, avec voix consultative, à contribuer à la formation de cette liste par la Commission d'assistance.

5° Les honoraires médicaux pour visites, consultations, opérations, voyages, doivent être établis par visite, consultation, opération, voyage, à un taux librement consenti.

6° Tous les médecins qui acceptent le tarif établi doivent être admis à donner leurs soins à l'indigent.

7° L'indigent malade a le libre choix de son médecin.

8° Les vaccinations sont comprises dans le service médical gratuit. Mais l'inspection des écoles, l'inspection des enfants assistés, le service des épidémies, et tous autres services, donnent droit à une rémunération spéciale pour chacun d'eux.

Telles sont les propositions que le bureau de l'Union a résolu de vous soumettre, et dont il demandera, si vous les acceptez, l'inscription dans le règlement à intervenir. Là se bornera notre intervention actuelle.

Mais avant de procéder au vote, permettez-moi de vous remercier du grand honneur que vous m'avez fait en me désignant pour présider, pendant l'année qui vient de s'écouler, le bureau de l'Union des Syndicats médicaux. Je vous en garderai toute ma vie le souvenir reconnaissant, et n'oublierai jamais les si nombreuses marques de sympathie que vous m'avez données. (*Applaudissements répétés.*)

Discussion et vote des propositions du bureau de l'Union.

La discussion s'engage sur divers points des propositions formulées par M. le Président ; prennent part à la discussion : MM. Maurat, Gassot, Lasalle, Pollet (de Douai), de Fourmestreaux (de Versailles), Gauthier (de Luxeuil), Lefebvre (du Cher), Devoisins (de l'Eure) et autres orateurs.

Les propositions du bureau sont adoptées avec quelques légères modifications.

En ce qui concerne la création de *dispensaires* où le médecin donnerait des consultations à jours fixes, elle est repoussée, comme elle l'avait été en 1890.

La confection par le bureau d'assistance de la liste des indigents sera établie, *une fois par an seulement*, et non tous les trois mois.

La rétribution du médecin devra se faire par tête d'indigent et le délégué du Cher constate que ce mode de procéder a le don de diminuer singulièrement le nombre des inscriptions. Mais d'un autre côté la réunion est d'avis qu'on doit veiller à l'inscription de tous les indigents, car si on en éliminait, ceux qui le seraient retomberaient, sans rétribution, à la charge du médecin, qui seul peut veiller à cette inscription.

M. le Président communique à l'Assemblée le sens de divers amendements introduits par la commission, au projet du gouvernement et ces amendements sont approuvés à l'unanimité ; les voici (1) :

Amendement à l'article III qui prévoyait la fondation de dispensaires-infirmeries.

La Commission propose :

Article III. Toute commune est rattachée, pour le traitement de ses malades privés de ressour-

(1) Incessamment le journal publiera le texte du gouvernement et les articles amendés par la Commission.

ces, à un des hôpitaux voisins. Le médecin délivre un certificat qui indique que c'est à l'hôpital que le malade doit être envoyé. Ce certificat est contresigné par le président ou délégué du bureau d'assistance.

La Commission repousse l'établissement des boîtes de secours.

Article XII. Toute commune ou syndicat de commune aura un bureau d'assistance.

Article XIV. Le bureau d'assistance se réunit quatre fois par an, dresse la liste des assistés et revise cette liste à ses quatre sessions. Le médecin de l'assistance ou un délégué des médecins de l'assistance assiste à la séance avec voix consultative.

Article XVI. La liste est arrêtée par le Conseil municipal qui délibère en comité secret.

Cet article est accepté par la Commission. L'Assemblée de l'Union désirerait que le médecin de l'Assistance fût autorisé à assister à la séance avec voix consultative.

Article XXX. Les dépenses de l'Assistance, les honoraires des médecins, sages-femmes, médicaments et appareils, frais de séjour dans les hôpitaux sont *obligatoires* et supportées par les communes, le département et l'Etat, dans une proportion déterminée par le projet de loi.

Ces diverses énonciations obtiennent l'approbation de l'Assemblée. — Elle exprime ensuite le vœu que chaque syndicat visant alors les besoins, les habitudes de son département, étudie et publie au *Bulletin des Syndicats* le mode d'assistance le plus apte à donner satisfaction.

Elle adopte certains principes : rémunération suffisante de la visite ; allocation de frais de déplacement ; liberté de choix pour le malade et pour le médecin ; accession du service à tout médecin.

Elle déclare que le service de la *vaccination*, comme celui de l'inspection des écoles, des enfants assistés et des enfants en bas âge, doit être rétribué séparément et spécialement.

Patente indûment imposée aux cliniques gratuites.

M. le Président donne alors la parole à M. le Dr Chaumier, de Tours, secrétaire et délégué du syndicat de l'Indre-et-Loire, qui expose le point de droit médical qui suit :

« M. Chaumier expose que les dispensaires ne devront pas être soumis à la patente, plus que les hôpitaux, puisque, comme ceux-ci, ils donnent des soins gratuits. Il raconte que le Conseil de préfecture lui a donné raison, mais que le fisc en a appelé au Conseil d'Etat. (Nous publierons son travail dans le prochain numéro.) »

La communication si instructive de M. Chaumier est accueillie avec grande faveur et on lui offre l'appui, sous toutes les formes, de l'*Union des Syndicats*.

Je donnerai maintenant la parole à notre vice-président, M. le Dr Cézilly, qui désire nous faire part des démarches faites par le Bureau au sujet de la loi Chevandier devant le Sénat.

M. Cézilly : Trois points de la loi ont donné lieu à de nombreuses discussions dans la presse médicale : la suppression de la création de nouveaux officiers de santé. Vous savez que sur ce sujet, nous aurons probablement gain de cause. En second lieu, il s'agissait de la déclaration des maladies épidémiques, et dans notre assemblée de 1890, nous aviez recherché et M. le Dr Maurat vous avait soumis une formule qui avait eu votre unanime approbation. Avec mes collègues du syndicat de la presse, MM. Laborde (*Tribune médicale*), de Maurans (*Semaine médicale*) et Gorecki (*Le Praticien*) et pour la *Société de médecine pratique* MM. Gillet de Grandmont et Lutaud, j'ai été admis par la Commission sénatoriale, présidée par M. le professeur Cornil, à proposer des solutions. Après discussion, nos collègues du Syndicat et les représentants de la Société de médecine pratique se sont ralliés à la rédaction suivante qui est celle que l'Union avait conseillée en 1890 :

a. La déclaration des maladies épidémiques (dont la liste sera dressée par l'Académie et le Conseil d'hygiène) est faite par le médecin traitant, au chef de famille ou logeur aussitôt le diagnostic établi.

b. Le médecin constate qu'il a fait cette déclaration par la signature du chef de famille ou du logeur, apposée sur la souche d'un carnet de déclarations.

c. Le médecin remplit et détache de la souche du carnet le libellé de la déclaration de maladie épidémique. Il le remet au chef de famille ou au logeur, qui est tenu de le transmettre le jour même aux autorités de la commune.

Nous espérons que l'accord des mandataires de nos Sociétés, des représentants de la presse médicale et de la Société de médecine pratique aura une heureuse influence sur les décisions de la Commission sénatoriale. Pourtant M. A. J. Martin a, paraît-il, défendu le texte de l'article 20 ; nous ne connaissons pas les raisons qu'il a fait valoir, n'ayant pas entendu son argumentation.

En ce qui concerne la nécessité pour le médecin d'obéir aux réquisitions *médico-légales*, nous l'avons reconnue. Mais M. de Maurans, au nom du syndicat de la presse, s'est élevé contre les pénalités excessives qui nous menacent, et il a demandé que « *les médecins ne puissent être réquisitionnés dans le cas de flagrant délit, qu'en l'absence d'un expert attitré attaché aux tribunaux* ».

M. Toussaint, d'Argenteuil, observe que si le médecin se dérange, il devra toucher sa vacation, même s'il n'y a pas crime. (*Assentiment général.*)

M. le Président Mignen donne alors lecture de la lettre du Dr Bucquet, secrétaire du Syndicat de la Mayenne.

« Le Bureau du Syndicat de la Mayenne ne pouvant se faire représenter à la réunion de l'Union des Syndicats le 22 novembre prochain, me charge de vous transmettre les communications suivantes au sujet des principales questions qui y seront traitées.

1° Le Bureau émet le vœu que l'Union des Syndicats fasse des démarches auprès des Compagnies de chemin de fer pour que les délégués des Syndicats profitent, pour aller assister à l'Assemblée générale, de la même réduction de 50 %, qui est accordée aux délégués de l'Association générale.

La réunion est d'avis que ces démarches, déjà tentées sans résultat, auront plus de chances de succès lorsque la loi aura consacré les Syndicats.

2° Au sujet de la discussion prochaine de la loi réglant l'assistance médicale dans les campagnes (et aussi dans les villes, n'est-ce pas ?) le bureau déclare adhérer, au nom du Syndicat tout entier, aux conclusions du rapport de M. le Dr *Guillon*, de Poitiers (1). Il croit, en outre, devoir émettre des vœux spéciaux sur les points suivants :

A. Les Syndicats médicaux se réserveront le droit absolu de discuter les conditions proposées par les communes conformément à la loi. Ils demanderont instamment aux confrères non syndiqués de ne pas traiter avec les communes isolément et à forfait. (Du moment qu'on ne se place plus sur le terrain de la charité il faut faire de l'administration... donnant, donnant.) (*Approbation*).

B. Quand les Conseils généraux seront consultés, soit au sujet du vote de la loi, soit au sujet de son application, il faudra demander que les syndicats soient entendus par les Commissions compétentes. (*Approbation*.)

3° Enfin, au sujet d'un point tout spécial de l'application de cette loi, le bureau du Syndicat vous demande la permission d'émettre l'avis suivant qui est l'expression de son opinion personnelle :

« L'organisation de l'assistance médicale dans les campagnes prévoit l'établissement, dans chaque commune, d'un dépôt de médicaments, autrement *boîte de secours*. Le bureau du Syndicat de la Mayenne, considérant que dans *toutes* les communes de notre département il existe des Sœurs dites de Charité, qui par les statuts de leur ordre, sont obligées de visiter les malades ;

Considérant, en second lieu, qu'en pratique, leur zèle n'a besoin que d'être surveillé et dirigé, — ce qui est l'affaire d'un simple règlement administratif ;

Considérant en outre que si l'on confie la boîte de secours à une autre personne de la commune, cette personne sera tentée elle-même de s'occuper de soigner les malades de son propre chef, — tandis que la sœur n'en continuera pas moins à faire ce qu'elle regarde comme un devoir, et cette fois d'une manière tout à fait indépendante de l'administration et en dehors de tout contrôle possible ;

Est d'avis que dans notre département il n'y a aucun avantage à confier les boîtes de secours à d'autres personnes qu'aux sœurs. »

L'Assemblée repousse formellement le vœu, comme elle a repoussé l'établissement des boîtes de secours autres que les dépôts de matériel destiné aux pansements et secours d'urgence.

En ce qui concerne l'Indemnité-maladie :

Chercher les moyens d'obliger l'Association générale des médecins de France à se constituer en véritable Société de secours mutuels, et alors l'organisation de l'Indemnité-maladie ira de soi.

Ce vœu est pris en considération.

Situation financière de l'Union des Syndicats au 1er octobre 1891.

M. le président Mignen donne alors la parole à M. le Dr Maurat, secrétaire général, trésorier de l'Union, pour exposer le budget de 1890-91 et le projet de budget pour 1891-92.

M. Maurat s'exprime en ces termes :

Messieurs et chers Confrères,

L'Union des Syndicats dont vous êtes les représentants autorisés se réunit aujourd'hui pour la 7e fois depuis sa création et sans vouloir passer en revue les nombreux résultats qu'elle a produits, nous pouvons, tout au moins, constater qu'elle a rendu de nombreux services à la profession. Elle en rendra, nous l'espérons du moins, de plus nombreux encore dans l'avenir, mais il faut pour cela le nerf de la guerre, c'est-à-dire l'argent. Car si un ministre connu a pu dire, un jour : « Faites-nous de bonne politique, nous vous ferons de bonnes finances », votre Conseil d'administration peut vous dire, à son tour, en retournant la phrase : Assurez-nous de bonnes finances nous les utiliserons pour le bien de la profession.

C'est qu'en effet, il y a là un point défectueux dans notre organisation : le recouvrement des cotisations de chaque syndicat ne se fait pas assez régulièrement.

Sans vouloir rechercher les motifs divers d'un tel état de choses, qu'on peut surtout attribuer à la négligence habituelle des médecins, je dois cependant vous faire un exposé exact de notre situation.

Lorsqu'au mois de novembre dernier vous avez bien voulu me confier les fonctions de secrétaire trésorier de l'Union, la situation était la suivante : 18 syndicats seulement avaient payé leur cotisation de 1887, 17 avaient payé 1888, 8 seulement avaient payé 1889 et 10 avaient payé 1890. Que faire en présence d'une pareille situation ? Nous aurions peut-être pu, en droit strict et nous en tenant aux engagements pris, réclamer à tous ces syndicats la totalité des annuités non payées ; mais votre conseil d'administration a pensé que, pour certains d'entre eux, c'eût été une lourde charge que de payer 3, 4, ou même 5 années en retard, et que trop de rigueur en cette circonstance pourrait peut-être, dans une certaine mesure, amener un peu de relâchement dans les liens de l'Union.

Avec l'assentiment de mes confrères du bureau, je me suis donc mis à l'œuvre et, m'adressant à chaque syndicat, j'ai exposé la situation demandant à chacun d'eux ce qu'il pouvait faire.

Sur le nombre, quelques-uns n'ont pas répondu, c'est l'infime minorité.

Quelques autres, peu nombreux, m'ont répondu que n'ayant rien eu à payer depuis plusieurs années, ils n'avaient pas, de leur côté, recouvré les cotisations de leurs membres. Ceux-là dorment, mais nous espérons qu'ils se reveilleront bientôt !

D'autres enfin se sont libérés, si bien qu'à l'heure actuelle, en ne comptant que les associations payant leur cotisation, l'Union comprend 42 syndicats affiliés qui forment un total de 1,100 membres environ. Je ne puis faire la statistique du nombre des médecins syndiqués non adhérents à l'Union, et leur nombre est très considérable ; il suffira de vous citer les Syndicats du *Loiret* et des *Vosges*.

Sur ces 42 syndicats 41 ont payé leur cotisation de 1890 et 24 ont payé 1891. S'il reste encore 18 syndicats n'ayant pas acquitté leur cotisation de l'année courante, cela tient à ce que je me suis attaché particulièrement à régulariser le passé et n'ai pas voulu trop presser le mouvement pour le recouvrement de l'année courante. J'espère que l'an prochain, à pareille époque, tout sera parfaitement régulier.

Avant de terminer ce trop long mais nécessaire exposé de la situation, permettez-moi de regretter que

(1) Le service organisé par M. le Dr Guillon, Conseiller général de la Vienne, sera publié incessamment au Bulletin, par les soins du Dr *Mignen*.

mes confrères les secrétaires et trésoriers de province ne nous tiennent pas assez au courant de ce qui se passe dans leurs syndicats. Nous ignorons trop souvent les changements apportés dans la composition de leurs bureaux, ainsi que les modifications survenues dans la composition des listes de leurs sociétaires ; et si quelques-uns d'entre eux ne reçoivent pas régulièrement le bulletin mensuel des syndicats, la faute en est à eux et non à nous.

J'aborde maintenant l'exposé financier de l'Union des Syndicats :

Exercice 1890-1891.

Actif :

Avoir en caisse au 15 novembre 1890.	512 00
Reçu pour abonnement au bulletin et cotisations tant anciennes que courantes.	2.170 62
Publicité du bulletin.	200 00
Total.	2.882 62

Passif :

Impression et envoi du bulletin.	723 50
Jetons de présence, déplacements, réunions	656 45
Imprimés, circulaires, frais de bureau et divers.	578 92
Souscription Chevandier	100 00
	2.058 87
Balance en faveur de l'actif	823 75

N. B. — Outre cet avoir, il reste dû, comme je l'ai exposé plus haut, environ 800 fr. sur les cotisations de l'année courante.

Le Secrétaire-Trésorier,
Dr MAURAT.

Les comptes et propositions sont mis aux voix et adoptés à l'unanimité.

Sur la proposition de M. le Dr Maurat, les délégués de l'Union décident qu'à l'avenir le budget de l'Union participera pour un tiers dans les frais supplémentaires du banquet annuel.

On vote également, sur la proposition de M. le Dr *Gassot*, la création d'une *médaille commémorative* pour le président sortant, *Dr Mignen*, avec effet rétroactif en faveur de M. le Dr Gibert, du Havre, le *premier* président de l'Union, qui est, d'autre part, le *Président d'honneur des Syndicats*. (*Applaudissements.*)

Renouvellement du bureau.

M. le Président expose que, d'après les statuts, le bureau doit être renouvelé chaque année, mais que l'usage a prévalu de continuer, sauf motifs particuliers, leurs mandats au vice-président, aux secrétaires et aux membres du bureau et de se contenter, en général, de nommer un nouveau Président, afin qu'autant que possible, et en considérant les facilités de communication, chaque syndicat pût, à un moment donné, fournir le président de l'Union des Syndicats.

En conséquence, il lève quelques instants la séance, pour permettre aux délégués de se concerter en vue de cette élection.

Tout le bureau est soumis à la réélection et au vote, et, à l'unanimité, *M. de Fourmestreaux*, président du *Syndicat de l'arrondissement de Versailles*, est élu Président, en remplacement de M. le Dr Mignen, qui proclame le résultat de ce vote.

M. Mignen, avant de lever la séance, donne la parole à M. le Dr Gauthier. Celui-ci, au sujet de la loi Chevandier, exprime le vœu que le baccalauréat ès lettres ne soit pas supprimé pour l'étude de la médecine et, dans une éloquente improvisation accueillie par les applaudissements de tous, il démontre la nécessité de l'étude du grec et du latin.

M. le Dr Gassot entretient ensuite l'Assemblée de la situation créée par la mort de M. le Président Roger. Il exprime, en termes très élevés, les regrets unanimes qu'inspire cet événement (l'Assemblée s'associe à ses éloquentes paroles) et il examine la conduite que pourraient suivre les membres des Syndicats médicaux et les membres du Concours en vue de la nouvelle présidence.

Il est décidé que les bureaux des deux Sociétés se concerteront pour prendre les mesures les plus favorables dans l'occurrence.

M. le Président déclare la séance levée et on passe au buffet dressé dans un salon voisin pour prendre quelques instants de repos bien gagné.

Séance du « CONCOURS MÉDICAL »

Prennent place au bureau : MM. Cézilly, directeur ; Gassot et Maurat, membres du conseil de Direction ; M. le Dr Le Gendre, secrétaire de la rédaction ; M. le Dr Lepage, rédacteur du *Concours*. M. Lordereau, avocat, conseil judiciaire de la société, empêché, s'est fait excuser.

M. Cézilly informe l'Assemblée qu'il a reçu tant des membres du Concours, que des délégués des Syndicats, une centaine d'avis d'assistance au banquet et nombre de lettres d'excuse. Il indique les noms des invités qui doivent prendre place au banquet : MM. *Chevandier*, député de la Drôme ; *Rey*, député du Lot ; *Viger*, député du Loiret et M. le Sénateur *Trarieux*, de la Gironde, qui a bien voulu accepter l'invitation à lui adressée par notre excellent confrère Lasalle, de Lormont. M. Lasalle exprime à l'Assemblée les regrets de M. *Raynal*, ancien ministre et député de la Gironde qui, retenu cette année encore, a promis formellement d'assister à l'Assemblée prochaine.

M. Cézilly remercie M. Lasalle d'avoir secondé de tout son pouvoir, cette année encore, le *Conseil de Direction*, dans les efforts qu'il fait pour procurer aux discussions et aux vœux des assemblées générales de l'*Union* et du *Concours*, la plus grande portée, et les effets les plus utiles dans l'intérêt général médical, et il lit les lettres d'excuses de MM. Gibert, membre du conseil de Direction et Labrousse, député de la Corrèze, empêché de se rendre à l'invitation qu'il a reçue.
Assistait à l'Assemblée : M. le Dr Smith, de Londres, représentant du journal *The Lancet*, venu dans le but de s'enquérir du mouvement professionnel auquel le Concours Médical et les Syndicats médicaux prennent en France une part prépondérante.
M. Cézilly se lève et dit :

Messieurs et chers Confrères,

L'*Union des Syndicats*, dans une séance bien employée, consacrée à la grave question de l'*Assistance publique dans les campagnes*, vient d'exprimer des vœux au sujet de quelques articles du projet de loi élaboré par le gouvernement. Espérons qu'ils seront pris en considération par la Commission parlementaire et par son rapporteur. L'*Union* a, de plus, formulé à nouveau quelques désirs au sujet de la *loi Chevandier*, que la Commission sénatoriale, présidée par M. le professeur *Cornil*, examine en ce moment : ce sont ceux que nous avons pu exposer à cette Commission dans une audience du *lundi* 16 *courant*. Les arguments que nous avons présentés de concert avec d'autres Sociétés médicales ont paru faire une impression favorable sur les membres de la Commission présents à la séance.

Nous avons, nous aussi, notre tâche à remplir, dans les trop courtes heures de notre *Assemblée générale annuelle*. Nous pouvons laisser de côté presque toutes les œuvres anciennes du Concours en bonne voie et ne nous occuper aujourd'hui que des questions non résolues : l'*indemnité en cas de maladie, la revision des tarifs médico-légaux, l'enseignement pratique de la médecine et de la chirurgie, la réforme des règlements qui régissent les Commissions administratives des hospices et bureaux de bienfaisance, les lieux de repos* pour le médecin malade ou âgé ; et enfin, si vous le jugiez opportun, la question jusqu'ici insoluble de l'établissement, en France, d'un *ordre des médecins.*

Pour utiliser les deux heures dont nous pouvons disposer, je dirai quelques mots de chacun de ces sujets et dès que j'en aurai exposé un, je le soumettrai à votre discussion ; j'entre de suite en matière.

Indemnité de maladie entre médecins.

Voilà sept ans que le Concours médical est en études et en gestation. Ces longs délais ne prouvent pas que la solution de la question soit impossible, soit même difficile. Ils tiennent uniquement à un parti pris, en parfaite connaissance de cause, par vous tous : l'indemnité de maladie doit être faite *par et pour le plus grand nombre de médecins*, pour être sûre et économique et comme corollaire il faut la faire *avec et par l'Association générale* des médecins. C'est une œuvre de prévoyance, elle est dans le programme de l'Association et en quatre années de discussions, on est parvenu à la faire admettre, par le *Conseil général*, comme une œuvre bonne et désirable. Mais à l'Assemblée générale d'avril, l'Association a soulevé une difficulté nouvelle : oui, a-t-elle dit, l'œuvre est possible, mais n'allons-nous pas attirer sur notre Société de secours mutuels, qui jouit de quelques privilèges, les foudres du gouvernement ! Il faut le consulter ; nous le consulterons et nous nous efforcerons d'obtenir licence pour les médecins de verser, dans une caisse commune, une cotisation spontanée et spéciale, en vue de l'indemnité de maladie. Et voilà encore une année consacrée à cette consultation qui durera bien quelques minutes, mais dont nous ne connaîtrons le résultat qu'en avril 1892.

N'aurait-on pu consulter dès avril 1891 et faire connaître la solution à la presse médicale et alors celle-ci et les sociétés locales auraient pu étudier la question !!

Voulez-vous, au nom du Concours, prier M. le doyen de la Faculté, qui en qualité de membre du Conseil général, doit faire la démarche, de nous en communiquer le résultat, pour gagner un peu de temps ? (*Assentiment général.*)

En outre et d'accord avec le conseil de direction, nous avons demandé et obtenu de M. le Ministre de l'Intérieur, accompagné par M. Chevandier, une audience dans laquelle nous voulions le prier d'assister au banquet de ce soir, pour nous concilier son appui en faveur de la demande de l'Association et en outre pour lui soumettre quelques observations au sujet de la loi sur l'Assistance publique en préparation. Nous espérons que notre démarche aura quelques bons effets et nous la renouvellerons s'il y a lieu.

Ceci dit, je dois ajouter qu'à la *Société locale des Vosges* une proposition spéciale a été présentée au sujet de l'indemnité : elle transforme cette œuvre, qu'on a toujours connue comme une œuvre de droit (une somme journalière en cas de maladie, correspondant à une cotisation spéciale), en une œuvre de secours charitable. La société locale : 1° allouera au médecin malade, jusqu'à concurrence de ses fonds disponibles, une somme de cent francs par mois, servie en cas de *nécessité absolue* ; 2° elle demandera à l'Association générale de participer, pour la moitié des dépenses faites du chef de l'indemnité dans l'année ; 3° en revanche, la Société locale enverrait à la caisse centrale *un quart* de ses revenus annuels.

Nous sommes certain que la société locale, dans laquelle l'œuvre de l'indemnité a vu le jour, celle de l'Oise, repoussera cette proposition et qu'il en sera de même au Concours médical où vous avez déjà exprimé l'idée d'une œuvre fondée sur le droit et non sur la charité entre confrères. (*Assentiment.*)

En outre les calculs font voir que si quelques sociétés locales riches pourraient entrer dans cette voie, au péril du rapide épuisement de leurs ressources, celles qui n'ont que leurs cotisations

et peu ou pas de revenus ne pourraient même pas faire la tentative et que, d'autre côté, sûrement, la *Caisse centrale de l'Association générale* repousserait la demande qui lui est faite ; la plus grande partie de ses ressources va en effet à la constitution du capital des pensions viagères d'assistance. Son fonds varie de 30 à 50 mille francs. Ceci dit, Messieurs, je soumets à votre appréciation la proposition de la Société des Vosges.

Cette proposition est repoussée après une courte discussion à laquelle prennent part MM. Dunand, d'Esternay, Gassot et Maurat.

Je donnerai maintenant la parole à M. le Dr *Lécuyer* sur le même sujet.

M. Lécuyer, dans une allocution que nous reproduirons au prochain numéro, expose la situation de la caisse d'indemnité de maladie d'Aisne-et-Vesle.

La lecture de M. Lécuyer est écoutée avec le plus vif intérêt et l'assemblée applaudit notre confrère. Le président dit alors :

Messieurs, toujours au sujet de l'indemnité je donne la parole à notre distingué confrère M. le Dr Lasalle. Il va nous faire connaître les progrès accomplis cette année dans l'étude de l'indemnité de maladie par l'Association de la Gironde.

M. le Dr Lasalle lit un travail de la Gironde, que nous reproduirons au prochain numéro, sur l'indemnité de maladie.

M. Cézilly reprend alors la parole :

Permettez en ce moment à notre cher confrère le Dr *Delefosse, secrétaire-général de la Caisse des pensions de retraite des médecins de France*, de nous entretenir, en l'absence du *vice-président de l'œuvre*, M. le Dr *Lande*, empêché de se rendre à notre Assemblée, de notre *caisse de pensions de retraite*. Notre confrère est un homme de devoir et il a pris à cœur de recruter des adhérents à la caisse des pensions, parce qu'il sait tout le bien qu'elle peut faire. Accablé chaque année par des épreuves de plus en plus pénibles, auxquelles nous avons tous compati, il se résigne et pour se consoler, il cherche à faire le bien. Nous le seconderons tous. (*Applaudissements.*)

M. *Delefosse* en une allocution fort applaudie expose le système de la Caisse des pensions de retraite, fondée par le « Concours médical », caisse qui compte près de 300 membres et plus de 300 mille francs de capital. Elle distribuera ses premières pensions dans 3 ans. (L'allocution de M. Delefosse sera reproduite au prochain numéro).

Le Directeur du Concours dit alors :

Messieurs : Il est un vœu de notre Société qui se réfère à la promesse faite il y a bien longtemps, par le garde des sceaux, à propos de l'interpellation Lacombe. Il promettait de mettre à exécution la revision des tarifs médico-légaux. Mais, paraît-il, la revision de ces tarifs suivrait le sort de la revision des frais de justice criminelle, qui nécessite une loi spéciale et pour donner au *corps médical* une plus prompte satisfaction, le Ministre de la justice recherche, dans son budget, une économie sur un des chapitres les mieux dotés de son ministère et alors, par *simple décret*, il pourra édicter des tarifs plus rémunérateurs pour les émoluments des médecins experts. Mais, pourra-t-il, sans loi spéciale, faire attribuer au médecin la qualité d'expert qu'on lui refuse d'ordinaire ?

Veuillez décider, si vous devez adresser de nouveau à M. le *Garde des sceaux* une pétition sur ce point, au nom des Syndicats et au nom du Concours ? *Une discussion s'engage et l'envoi de la pétition suivante est décidé* :

Monsieur le Ministre,

La Société d'études professionnelles, le Concours médical et les Syndicats médicaux qui comptent plus de cinq mille médecins, réunis en Assemblée générale annuelle, le 22 *novembre* 1891, *vous prient de vouloir bien prendre les mesures que vous avez promises, depuis longtemps, pour relever, dans une juste mesure, le tarif des honoraires médico-légaux.*

Dans l'espoir d'une réponse favorable, nous vous prions d'agréer nos respectueuses salutations.

Pour le Concours : *Pour l'Union des Syndicats,*
Le Directeur, A. Cézilly. *Le Président*, de Fourmestreaux.

M. *Cézilly* : Permettez-moi d'aborder un sujet différent : vous connaissez la proposition de M. *Paul Strauss*, au *Conseil municipal*, destinée par la création de cours de médecine, de chirurgie, de laboratoires, de dispensaires, à donner un développement et des facilités considérables à l'instruction des étudiants en médecine, et cela au moyen d'une allocation de cent mille francs à l'Assistance publique, pour cet objet spécial.

Voulez-vous que le bureau de l'Union et le Conseil de direction adressent, en votre nom, une pétition spéciale au *Conseil municipal*, dans le but de lui recommander le vote de la proposition de M. *Strauss*.

Après discussion, la proposition est agréée par l'Assemblée et elle sera formulée à peu près dans les termes suivants :

A Monsieur le Président du Conseil municipal,

Monsieur le Président,

La *Société du Concours médical* et l'*Union des Syndicats médicaux de France*, qui comptent plus de cinq mille médecins, *réunis en Assemblée générale à Paris le* 22 *novembre* 1891, demandent instamment au Conseil municipal de prendre en considération la proposition qui lui a été soumise

par M. Paul Strauss : « *Voter une somme de cent mille francs à titre de subvention à l'Assistance publique pour encouragement à l'enseignement de la médecine dans les hôpitaux.* »

Les deux Sociétés considèrent que ce vote aura les plus salutaires effets et contribuera à doter le pays de jeunes docteurs pourvus d'une instruction théorique et pratique indispensable surtout au médecin de campagne, isolé et livré à ses propres ressources.

Dans l'espoir que vous voudrez bien soumettre notre vœu à vos collègues, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'assurance de nos sentiments respectueux.

Pour le *Conseil de Direction du Concours médical* : *Le Directeur*, Dr A. Cézilly.

Pour l'*Union des Syndicats médicaux* : *Le Président*, Dr de Fourmestreaux.

M. Cézilly. — Quittons ce sujet, Messieurs, qui intéresse surtout les médecins ayant leurs fils dans les facultés et venons-en à un autre qui touche directement le médecin des petites localités. Laissez-moi vous donner lecture de la lettre d'un confrère qui désire garder l'anonymat, pour les meilleures raisons et que je connais fort bien. Notre confrère dit :

Monsieur le Directeur,

Cette lettre est écrite à l'occasion de la très prochaine réunion du 22 novembre.

J'occupe une petite situation de médecin d'hospice que *par nécessité* je tiens à conserver.

Il m'arrive de recevoir les ordres les plus singuliers et rien n'égale à mon avis l'outrecuidance de mes supérieurs, Messieurs les *membres de la commission administrative*.

Ainsi d'après ces messieurs :

« L'antisepsie n'est pas faite pour les hospices. »

« Les loochs et tous les sirops sont proscrits. »

« Le médecin n'a rien à voir dans les entrées et dans les sorties des malades. »

« Il est ridicule d'isoler les malades atteints de maladies contagieuses. »

« Il faut faire servir plusieurs fois les bandes qui ne sont pas trop sales, etc, etc. » (*Exclamations et rires.*)

Espérant amener peu à peu un changement favorable aux malades, j'ai proposé l'élaboration d'un règlement. On m'a répondu qu'il en existait un. Il date de 1811 et naturellement l'iodoforme n'y figure pas ! (*Rires.*)

Si, devant de si préjudiciables errements, je proteste, je suis cassé ou révoqué ; si je ne dis rien, je laisse mourir des gens que je devrais sauver.

Je continue donc à soigner, à amputer, à opérer, etc., etc., pour la somme de 0 fr. 75 par jour et je n'ai que le droit de me taire. Si même on savait que j'écris ces lignes, demain un jeune confrère serait nommé à ma place et s'empresserait d'accepter, car malheureusement ce débutant vit en dehors de toute Société et fait de la médecine au rabais. Pas de syndicat dans le pays et ce n'est pas faute d'avoir essayé d'en créer un. . . . .

Que faire ?

Ne serait-il pas possible (puisque, je le sais, bien des confrères sont dans le même cas que moi) de soumettre à l'assemblée la proposition suivante :

L'assemblée générale émet le vœu :

« Dans le but d'assurer le bon fonctionnement des hospices cantonaux qui n'ont pas de règlement, ou « dont les règlements remontent au commencement du siècle, nous prions *Monsieur le directeur de l'Assistance publique* d'inviter les commissions administratives des dits hospices à procéder à l'élaboration « de nouveaux règlements en harmonie avec les besoins actuels et nous désirerions que le médecin chargé « du service médical de l'hospice fût entendu à titre consultatif. » (*Assentiment.*)

Chers confrères : Ne serait-il pas utile et peut-être facile d'obtenir la modification de ce règlement de 1811.

L'administration de l'assistance publique de France est en ce moment entre les mains de personnages pleins de bonne volonté et qui assurément ne partagent aucuns des préjugés qui animaient la Commission administrative dont parle notre confrère. Ce serait donc leur rendre service que de leur fournir une occasion et un motif de les réformer.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Gassot, Toussaint, Bibard, Gauthier et Chopinet, ce dernier veut bien accepter la mission d'étudier la question et de se mettre en rapports avec le Conseil de direction, qui alors prendra les mesures nécessaires pour obtenir la réforme désirée. M. le Président remercie M. le Dr *Chopinet*, maire de Crépy-en-Valois, et il reprend son exposé :

Chers confrères : Les sujets que j'ai traités jusqu'ici vous sont familiers, et on peut arriver, avec de la patience, à obtenir la solution des questions qu'ils soulèvent :

A vous de juger s'il en sera de même des deux suivants.

Un de nos confrères du Nord devait venir, aujourd'hui, vous exposer un projet relatif à *un lieu de retraite pour les médecins âgés*, sur les bords de la mer et, d'autre part, près d'une station balnéaire, où nos confrères, pourvus d'une pension de retraite ou de 1200 francs de revenus, auraient pu être défrayés de toutes leurs dépenses.

Au dernier moment, M. le Dr de Modave, de Rosendaël, nous informe qu'il est retenu, et en son absence, l'étude de la question serait bien difficile. Si vous le voulez bien, nous en renverrons l'exposé au journal et la décision à l'Assemblée de 1892. (*Assentiment général.*)

Le directeur reprend :

Je passe à un autre sujet. Ici il ne s'agit plus d'argent à trouver pour faire œuvre utile ; il s'agit de la création d'un *ordre de médecins.*

On vient de promulguer en Autriche-Hongrie une loi qui l'établit dans ce pays. Si vous jugiez utile de confier l'étude de ce projet à notre confrère *Lasalle* qui s'en est déjà préoccupé, qui en a déjà parlé dans nos réunions et qui, peut-être, ne désespère pas, il pourrait examiner la loi Autrichienne et rechercher son introduction en France. (*Assentiment.*)

M. le Dr *Lasalle*, absent pour une démarche qu'il fait en ce moment en vue du banquet, recevra le

texte de la loi autrichienne et on lui demandera d'en faire une étude spéciale. (*Assentiment.*)

Il est temps, messieurs, d'entendre le secrétaire-trésorier du Concours médical, qui va vous rendre ses comptes et vous faire les propositions du *Conseil de direction* pour le budget de 1891-1892.

La parole est à M. le Dr Maurat, secrétaire général, trésorier de la Société.

Messieurs et chers Confrères,

Vous avez pu lire dans le nº 45 du *Concours médical* le compte rendu de notre situation financière qui se solde pour l'année, par un excédent de recettes de 433 fr. 98.

Sans revenir sur le détail de chaque article, je tiens cependant à attirer votre attention sur deux points principaux.

Le premier est le nombre de nos nouveaux adhérents qui, cette année, atteint le chiffre de 70, supérieur à celui des années précédentes et qui augmente notre capital inaliénable de 617 fr. 60.

Il vous appartient, mes chers confrères, à vous les fidèles de nos réunions et qui connaissez la valeur de l'œuvre à laquelle vous apportez votre précieux concours, de faire près de vos confrères voisins, jeunes ou vieux, une sérieuse propagande en faveur de notre Société.

Quelques-uns d'entre eux, certainement, ignorent notre existence ; beaucoup ne sont pas édifiés sur sa valeur morale et c'est à nous tous comme à vous-mêmes, que vous rendrez service en recrutant des prosélytes. (*Assentiment général.*)

Le second point est le chiffre élevé des dépenses occasionnées par notre banquet. Nous avons eu à payer 1012.75, bien qu'au budget de prévision établi l'an dernier nous ne l'ayons fait figurer que pour la somme de 600 fr. Mais comme j'ai déjà eu l'honneur de le faire remarquer, plus nous dépensons de ce chef, plus nous prouvons notre vitalité, puisque ces dépenses sont proportionnelles au nombre de ceux de nos confrères qui veulent bien assister à nos réunions. En outre, vous nous aviez laissé l'an dernier la libre disposition d'une somme de 1,000 fr. que nous devions employer au mieux de vos intérêts et votre Conseil de direction a pensé qu'il ne saurait mieux faire que d'en utiliser une partie à faire, en votre nom, de plus nombreuses invitations. Il est vrai que d'autre part nous nous sommes montrés ménagers de vos deniers en réalisant de sérieuses économies sur le chapitre jetons de présence et déplacements. Nous avons obtenu ce résultat en faisant coïncider nos réunions avec certaines autres qui en diminuaient ainsi les frais. (*Applaudissements.*)

Projet de budget pour 1891-92.

Actif :

Avoir disponible	433 98
Revenu du portefeuille, environ	1.050 00
Dons probables	316 02
Total	1.800 00

Passif :

Frais supplémentaires du Banquet	800 00
Jetons de présence et déplacements	400 00
Affectations à proposer en séance	600 00
Total égal	1.800 00

Depuis la publication des comptes de l'année j'ai reçu un nouveau don de 200 fr. qui ne pouvait y figurer. Permettez-moi de remercier ici en votre nom le Dr Cézilly, qui a bien voulu penser à nos plaisirs en affectant spécialement ce don de 200 fr. au payement de l'intermède littéraire qui vous sera donné ce soir. (*Vive approbation.*)

Le Directeur met aux voix l'approbation des comptes et le projet de budget : au vote l'adoption a lieu à l'unanimité.

M. Cézilly propose ensuite l'adoption des comptes de la *Caisse de prévoyance des assurés sur la vie, membres du Concours médical*, publiés nº 45. Ils sont également ratifiés par l'Assemblée ainsi qu'il suit :

L'avoir de la caisse de prévoyance des assurés sur la vie se décompose ainsi au 1er octobre 1891 :

Portefeuille	9.326 60
Espèces	215 56
Créance sur un membre participant	300 00
TOTAL	9.842 16

A 6 heures 30, après un court entretien sur des sujets d'intérêt particulier, le directeur du Concours, lève la séance en ces termes :

Messieurs,

Je réclame un instant encore votre attention. Nous allons passer dans le salon du Zodiaque, où notre banquet est servi. Ce repas confraternel sera suivi à 9 heures et demie, d'un intermède destiné, comme l'année dernière, à vous procurer quelques instants de distraction. Cette improvisation, qui a paru vous plaire, n'est pas de nature à empêcher les conversations et nous espérons que les artistes choisis auront votre faveur. (*Assentiment général.*)

Messieurs, la séance est levée, à table !

BANQUET

Les membres du Concours et les délégués du Syndicat, au nombre de près de cent, passent alors dans le splendide salon du *Zodiaque* où est dressée l'immense table du banquet. La plus joyeuse

animation règne durant le repas et au champagne, M. le Dr Cézilly se lève et s'exprime en ces termes :

Chers confrères, Messieurs,

Je dois, en premier lieu, porter un toast, consacré, depuis 1879, non par l'usage, mais par le devoir qui lie le Directeur du Concours à tous les adhérents de notre Société retenus par leur labeur si pénible et qui n'ont pu venir s'asseoir à la table confraternelle. Je bois ensuite à nos invités, à notre ami à tous, M. *Chevandier*, député de la Drôme ; à M. le sénateur *Trarieux*, qui représente le département de la Gironde, toujours au premier rang lorsqu'il s'agit de prendre part à des œuvres de progrès ; à M. le député *Rey*, secrétaire de la Commission parlementaire sur l'Assistance médicale gratuite. M. le Dr *Labrousse*, président de cette Commission, n'a pu, à son grand regret, se joindre à nous ce soir ; mais une Commission présidée par deux médecins de campagne, traitant le sujet qui a fait l'objet principal de nos délibérations, aujourd'hui, ne peut enfanter qu'une œuvre sociale et médicale de bon aloi. Je remercie également de sa présence, à notre banquet, notre éloquent et spirituel confrère, M. le député *Viger*, du *Loiret*. Il s'est acquis à la Chambre une notoriété spéciale par ses études agricoles, mais les intérêts médicaux lui sont chers et on le trouvera toujours sur la brèche pour les défendre à l'occasion. Je porte également un toast à M. *Smith*, correspondant spécial du journal anglais « *The Lancet* », qui a voulu se rendre compte des préoccupations et des entreprises diverses du corps médical français.

Ces devoirs de l'hospitalité accomplis, laissez-moi aussi, Messieurs, porter la santé des membres du *Conseil de direction* et du *Bureau de l'Union* et celle de nos collaborateurs. Permettez-moi de me réjouir, avec vous tous, des succès de M. le Dr *Paul Le Gendre*, qui, après un brillant concours, a obtenu le titre si envié de médecin des hôpitaux. (*Applaudissements.*)

A vous, Messieurs, et à tous nos amis.

L'allocution du directeur du Concours est accueillie avec une très grande faveur par l'Assemblée tout entière.

M. le Dr Mignen, président de l'Union, se lève alors et s'exprime en ces termes :

Toast de M. Mignen.

Mes chers confrères,

Je vous disais en séance de l'Union des Syndicats médicaux, que nous devions espérer, un jour prochain, obtenir la reconnaissance légale des syndicats médicaux. La Chambre des Députés nous a rendu justice, et nous pouvons l'attendre, avec pleine confiance, du Sénat. Je remercie M. le Sénateur Trarieux des signes d'assentiment qu'il veut bien donner à mes paroles.

Jusqu'ici, deux Associations ont réussi à grouper les médecins, l'Association générale et les Syndicats. L'Association ne peut rien pour nous, et même montre peu d'empressement à réaliser les améliorations professionnelles que nous lui demandons. Mais les Syndicats sont et resteront les organes de nos revendications et nous permettront, par conséquent, de les faire aboutir.

Il appartient donc à chacun de nous de redoubler d'efforts, tant pour amener nous confrères à faire partie des syndicats qui existent, que pour les engager à en créer de nouveaux, dans les régions où il n'en est pas encore d'organisés.

C'est là l'œuvre à laquelle nous devons tous travailler.

Je vous demande donc de boire à la création de nouveaux syndicats, et à la vitalité, progressivement accrue, de ceux qui ont déjà donné des preuves de leur existence.

Mais permettez-moi aussi de porter la santé de notre confrère, M. le Dr de Fourmestreaux, président du syndicat médical de Versailles, que vous venez de nommer président de l'Union des Syndicats médicaux de France. (*Vifs applaudissements.*)

Toast de M. Fourmestreaux.

Mes chers confrères,

Vous pouviez choisir pour présider l'Union des Syndicats une notabilité de la science ou de la politique ; il n'en manque pas parmi nous. Vous avez bien voulu me désigner, moi un des humbles, et je veux vous remercier du très grand honneur que vous m'avez fait. Vous avez voulu indiquer aujourd'hui le but, l'objectif des syndicats. Ce but, c'est le relèvement matériel, par l'association et la solidarité, du plus grand nombre de ceux qui exercent notre belle profession, si souvent attaquée, et toujours exploitée ; exploitée trop souvent par les individus, et toujours par les collectivités.

Il est un vocable dont on se sert souvent en parlant de nous, *Invidia medicorum*, dit-on.

Je ne sais si ce vilain sentiment de l'envie existe plus chez nous, que chez nos voisins les avocats, les professeurs et autres des professions dites libérales ? Mais ce que je sais, c'est que ce sont les rivalités si faciles à faire naître entre gens exerçant une profession telle que la nôtre qui sont le moyen le plus habituellement employé pour nous tailler à merci.

Il y a quelques années encore, nous ne nous voyions pas, nous ne nous connaissions même pas entre confrères voisins.

Il s'est trouvé alors un médecin animé de sentiments réellement confraternels, et disons-le aussi, entreprenant, qui a pensé que c'était justement de cette ignorance où nous étions les uns les autres que naissait en grande partie le mal, et le *Concours médical* a été créé. (*Applaudissements.*)

Quelques années plus tard apparaissaient les premiers syndicats médicaux, qui, un moment entravés dans leur essor par une jurisprudence étroite, furent toujours tolérés et même consultés officieusement. Aujourd'hui la période d'épreuves est terminée, nous sommes à la veille de rentrer dans le droit commun, nous n'en demandons pas plus.

Il ne nous reste qu'à regarder avec satisfaction le chemin parcouru et à remercier l'énergique et dévoué confrère qui nous a tracé la voie.

Je bois à la santé du docteur *Cézilly*, le fondateur des syndicats médicaux.

Je bois à notre cher Président sortant, le docteur *Mignen*, qui a si bien continué les traditions laborieuses de ses prédécesseurs.

Je bois à l'union des Syndicats médicaux, à l'union de tous les médecins français réunis dans une même pensée, la solidarité. (*Applaudissements.*)

Toast de M. Trarieux.

Messieurs,

C'est, je pense, aux vives sympathies que m'inspire la cause des syndicats professionnels qu'il me faut attribuer le grand honneur que vous m'avez fait en m'invitant à venir prendre une place à ce banquet.

Si vous avez voulu me fournir ainsi l'occasion d'en donner, une fois de plus, un témoignage, votre gracieuse attention ne s'est point trompée d'adresse, car je vois dans votre Association, quelque irrégulière qu'elle puisse être encore à cette heure, une des applications les plus intéressantes de l'idée qui a présidé à la fondation des syndicats.

Le législateur s'est trompé lorsque, en édictant la liberté des Associations professionnelles, il en a restreint la réglementation aux classes ouvrières, n'y voyant jusque-là qu'un moyen pacifique de préparer la conciliation entre ces deux grands collaborateurs, qui sont aussi trop souvent des antagonistes, le capital et le travail. Sans doute, l'organisation des syndicats répond, avant tout, à cette pensée généreuse, autant que prévoyante et politique, mais son œuvre embrasse de plus larges intérêts. Elle s'offre à tous les corps de métiers ou d'états pour leur faciliter le resserrement des solidarités diverses qui existent entre chacun de leurs membres, — pour harmoniser leurs conditions d'existence, — pour coordonner et vivifier leurs efforts dans la poursuite de ce grand but, que doit avoir toute existence individuelle ou collective, l'amélioration et le progrès !

Le corps médical devait être un de ceux qui pouvaient tirer le plus utile profit de cette conception d'une vie corporative nouvelle. Il ne s'agit point pour lui de se caserner, comme jadis, dans une de ces associations fermées, véritables citadelles d'État, d'où l'on ne pouvait plus sortir quand on y avait laissé marquer sa place ; mais il lui appartient de conquérir les avantages que peut donner le rapprochement, l'union des forces isolées travaillant dans un intérêt commun, sans rien aliéner de sa liberté et de son indépendance.

Vous êtes déjà prospères, mais je trouve qu'on n'a pas encore assez compris l'utilité de votre entreprise, et qu'on s'est trop endormi autour de vous dans le pli des vieilles habitudes. Je demande à ceux auxquels vous demandez de rompre avec la formule usée du « chacun pour soi » quelles préoccupations, quelles défiances injustifiées pourraient plus longtemps les éloigner de vous ?

Pourquoi donc travaillez-vous, et quel est l'intérêt qui vous sollicite ?

N'êtes-vous pas à la tâche pour ce qu'il y a de plus noble et de plus élevé dans la vie morale des hommes, le culte de leur carrière, l'honneur et le beau renom de leur profession ? (*Vif assentiment.*)

Vous avez le souvenir de glorieuses traditions, fruit d'un grand passé et d'admirables exemples, mais ces traditions peuvent être mises en péril par des félonies confraternelles : n'est-il pas utile à tous, pour la dignité du titre dont chacun de vous relève, que vous puissiez édicter la charte officielle de vos devoirs et que vous en organisiez la garde et la défense ?

Vous vous éparpilliez au sortir des Écoles, et, à côté de ceux qui deviennent, dans nos grands centres, des illustrations scientifiques, d'autres vont au loin, dans des coins perdus de nos campagnes, se consacrer à une vie de sacrifice et de dévouement ; n'est-il pas excellent que cette séparation ne brise pas les liens, et que la solidarité du même rôle social s'établisse sur un terrain de rendez-vous où, comme aujourd'hui, on se retrouve et on se retrempe ? (*Assentiment.*)

Vous avez des droits matériels à défendre. N'est-il pas intéressant pour tous d'en pouvoir uniformiser la formule et l'exercice ?

Vous avez, enfin, des infortunes à prévoir, des défaillances à craindre, des enseignements à répandre : le plus grand d'entre vous par le talent et la science n'a-t-il pas avantage à protéger, à soutenir, à avertir, s'il le faut, le plus déshérité et le plus humble ?

D'une Association fondée sur de tels intérêts peut-il sortir autre chose qu'un sentiment plus énergique du devoir et de la fierté professionnels ?

Tous ceux de vos confrères qui prendront la peine de se poser la question sont forcément acquis à votre œuvre, et je vois, avec le temps, briser les hésitations, étendre le champ de vos conquêtes, et arriver, peu à peu, à fonder sur des bases étendues et solides, la constitution de vos intérêts mutuels et de votre discipline intérieure.

C'est à ce développement que vous devez aspirer, et c'est cet avenir que je vous souhaite. Ils vous sont assurés si ceux d'entre vous qui ont su prendre l'initiative de votre syndicat savent être aussi persévérants dans leur entreprise qu'ils se sont montrés bien inspirés en lui donnant un corps ! (*Applaudissements*).

Toast de M. Gassot.

Messieurs,

Permettez-moi de porter la santé de M. le Dr Chevandier, non que je veuille le remettre encore une fois sur la sellette — il a bien droit à quelque répit — mais tous nous prévoyons que nous aurons encore grand besoin de son concours et nous devons souhaiter que, dans les luttes parlementaires futures, il puisse intervenir avec l'ardeur que nous lui connaissons.

Permettez-moi aussi de porter la santé de M. le Dr Rey, rapporteur de la future loi sur l'Assistance publique. M. Rey, en acceptant de prendre sa place au milieu de notre réunion confraternelle, ne sait pas à quoi il s'est exposé : nous allons le questionner comme naguère nous questionnions M. Chevandier, lui demander la raison de telle décision ou de tel retard, et il lui faudra, comme M. Chevandier, nous réconforter et nous rappeler à l'espérance jusqu'au jour, où il pourra, lui aussi, nous dire : « J'ai réussi ! »

Croyez bien, M. Rey, que nous sommes très exigeants. Pour vous le prouver, je vous demanderai où en est le travail de la Commission. Nous savons qu'elle a pris des décisions importantes, nous savons que sur un certain nombre de questions elle donne satisfaction à nos réclamations, — mais nous serions heureux d'obtenir de vous la confirmation de ces bonnes nouvelles. Je vous demanderai encore et surtout, dans ce projet de loi qui se prépare, de sauvegarder la dignité et l'autorité morale du médecin.

Le médecin du service d'assistance n'est ni un fonctionnaire ni un employé, c'est un collaborateur qui a des désirs bien modestes : il demande qu'on ne l'exploite pas trop et qu'on lui évite des froissements qu'il ne saurait supporter. Au milieu d'intérêts de toute sorte, intérêts qui ne sont pas toujours d'un ordre bien relevé et qui se contredisent, il n'a qu'un souci, celui de la justice et de l'équité : il veut que sur les listes figurent tous les indigents, mais rien que les indigents. Assurez-lui donc, dans la confection de ces listes, une place qui soit digne de lui, et rappelez-vous que, payant de sa personne, il paie plus que tous isolés ou réunis. (*Applaudissements.*)

Cette participation du médecin à la confection des listes d'indigents est contestée par certains — je puis leur répondre, ayant l'honneur d'être chargé de la direction générale du service dans le département du Loiret où la présence du médecin au sein des conseils municipaux est prescrite par le règlement, que les listes n'ont été convenablement dressées que du jour où cette mesure a été prise.

Il faut que la loi future soit accueillie avec faveur par le corps médical, c'est la condition essentielle pour

qu'elle porte ses fruits, car, si le médecin y voyait une arme dirigée contre ses intérêts, sa dignité ou son indépendance, vous pouvez être certain qu'elle ne fonctionnerait jamais que sur le papier.

Mais j'écarte bien vite une crainte semblable — notre cause est en trop bonnes mains — et je vous propose, messieurs, de lever nos verres en l'honneur de M. le Dr Rey, rapporteur de la Commission parlementaire. (*Vive adhésion.*)

Toast de M. Rey.

Messieurs,

Tout à l'heure votre distingué président, M. Cézilly, a exprimé le vœu que la Commission de la Chambre chargée d'étudier le projet de loi du Gouvernement sur l'assistance médicale prenne en considération les intérêts du corps médical et il compte pour cela sur les nombreux médecins qui en font partie.

Les médecins, membres de la Commission savent qu'ils sont, avant tout, les représentants de leurs électeurs et que leur premier devoir est de se préoccuper d'abord des intérêts généraux du pays ; mais ils n'oublieront pas qu'ils ont exercé votre profession et peuvent l'exercer encore ; ils ont souffert de la situation qui vous est faite et ne peuvent que désirer qu'il vous soit rendu justice aussi bien dans l'intérêt des malades que dans votre propre intérêt.

Pour mon compte, je ne puis oublier que j'ai exercé pendant 28 ans la médecine à la campagne, dans un département où l'assistance médicale n'est pas organisée. Je me trompe : il y a un commencement d'organisation ; mais il y a ceci de piquant, c'est que le pharmacien seul est payé ; le médecin ne reçoit aucune gratification. On a compté sur sa générosité. Plus de la moitié de nos départements sont dans le même cas et les médecins n'y reçoivent aucun traitement pour les indigents auxquels ils donnent leurs soins. Il n'est pas juste que tout le poids de la charité publique continue à peser sur un seul homme. Si la Société veut assister les malades indigents, comme c'est son devoir, il faut qu'elle en supporte les frais. Il n'est pas admissible que le travail du médecin si difficile, si pénible, si ingrat, qui a exigé tant d'études et de dépenses, soit le seul qui n'obtienne pas une juste rémunération.

Mais j'ai hâte d'ajouter qu'il n'appartient pas à la commission de fixer le sort qui vous sera réservé. Le projet de loi se borne à imposer aux départements l'obligation d'organiser l'assistance médicale sur leur territoire. Ce sera donc aux assemblées départementales qu'incombera le soin de s'entendre avec les médecins et de choisir le système qui conviendra le mieux à la région.

Trois systèmes ont été mis en pratique jusqu'à ce jour et se présenteront au choix des Conseils généraux :

1° Le système du médecin cantonal. L'administration nomme un médecin par canton et tous les malades sont soignés par ce médecin ;

2° Le système de la circonscription médicale. Tous les médecins qui acceptent de faire partie du service d'assistance soignent les malades autour d'eux, dans un rayon déterminé, qui correspond à celui de leur clientèle ;

3° Enfin le système landais. Le malade a la liberté d'appeler le médecin de son choix parmi ceux qui ont adhéré au service d'assistance, de même que le médecin a la liberté d'accepter ou de refuser ses soins.

Il ne m'en coûte nullement de dire que le système de médecin cantonal me paraît mauvais. Le médecin devient en quelque sorte un fonctionnaire. Son choix peut dépendre des idées politiques ou religieuses dominantes. Ce mode d'assistance est contraire à la dignité et à l'indépendance du corps médical.

Le second système est bien préférable au premier, car il ne dépend que du médecin de faire partie du service d'assistance : il n'a pour cela qu'à accepter les conditions arrêtées par le Conseil général.

Mais celui qui aurait mes préférences serait le système Landais, car il respecte la liberté chez le malade comme chez le médecin : il est l'image de ce qui se passe dans la clientèle payante.

Ce sera, je le répète, aux assemblées départementales à faire leur choix entre ces trois modes d'assistance. La loi n'en préconise aucun ; elle est muette sur ce point. Mais je crois qu'on peut avoir confiance dans l'esprit libéral, éclairé, pratique des conseils généraux et dans le dévouement de nos confrères qui font partie, en si grand nombre, de ces assemblées.

Certainement on demandera aux médecins des sacrifices ; on leur imposera un tarif réduit. Mais quelle que soit la modicité des honoraires qui leur seront payés, leur situation en éprouvera une amélioration sensible, car la plupart ne touchent actuellement aucun traitement.

J'ai la conviction que les assemblées départementales se feront un devoir d'être justes à l'égard du médecin et de le rémunérer comme il le mérite, dans l'intérêt même de l'œuvre importante qu'elles voudront créer ; mais j'ai aussi la certitude que le corps médical tiendra à honneur que sa profession reste ce qu'elle a été jusqu'à ce jour : la profession libérale, charitable, philanthropique par excellence. (*Applaudissements.*)

Toast de M. Lasalle.

Le Dr *Lasalle* se lève et accueilli par des applaudissements, il prononce le discours suivant :

Messieurs et chers confrères :

Je vous remercie bien cordialement des applaudissements si bienveillants par lesquels vous voulez bien accueillir mon entrée en scène ; mais, permettez-moi de vous faire observer que les applaudissements font parfois l'effet du champagne ; ils grisent quand on n'en a pas l'habitude ; et je n'ai pas la fermeté d'âme d'un sénateur ou d'un député pour résister à certains entraînements (*Rires*).

Messieurs, je suis chargé par M. Raynal, Député de la Gironde, de vous présenter ses excuses et de vous exprimer ses vifs regrets de n'avoir pu assister à notre banquet de ce soir. Je suis heureux, en revanche, de l'honneur qui m'est échu de convier à cette réunion confraternelle un autre compatriote éminent, Monsieur le Sénateur Trarieux, dont vous avez tout à l'heure applaudi la rare éloquence ; avec de pareils représentants on a le droit d'être fier d'être Girondin. (*Applaudissements.*)

Messieurs,

Puisque j'ai la parole, permettez-moi d'en profiter pour accomplir un devoir, je pourrais dire un acte de réparation : A nos banquets annuels je me suis permis, à plusieurs reprises, d'adresser aux aimables Députés qui nous font l'honneur de venir s'asseoir au milieu de nous, de leur adresser, dis-je, des critiques peut-être un peu trop vives, je le reconnais (on n'est pas méridional pour rien) et de déverser sur eux l'irritation que nous inspire ou, si vous préférez, que nous inspirait l'attitude indifférente, dédaigneuse des pouvoirs publics à l'égard de nos revendications professionnelles.

Je suis enchanté cette année, Messieurs, d'avoir à leur adresser de sincères félicitations et de leur exprimer à mon tour la profonde gratitude du corps médical de ce qu'ils ont bien voulu voter le nouveau projet de loi sur l'exercice de la médecine. Certes, Messieurs, cette nouvelle loi élaborée par la Chambre a des imperfections, des lacunes ; j'estime cependant que nous avons lieu d'être satisfaits ; car elle a le très grand mérite de contenir des pénalités sérieuses contre l'exercice illégal, contre les charlatans et leurs souteneurs. (*Adhésion unanime.*)

Mais — (ah ! oui il y a un mais qui refroidit sensiblement notre enthousiasme) — outre que cette loi est encore loin d'être promulguée ! le Sénat ne paraît pas prêt à la discuter et nous sommes, hélas, payés pour savoir que tout ce qui intéresse le corps médical et la santé publique est toujours relégué à l'arrière-plan.

Outre cette condition déjà fâcheuse, je me permettrai de faire observer aux éminents législateurs assis à ce banquet qu'il ne suffit pas de faire des lois, il faut les appliquer. Or, en présence de ce système de relâchement général, de ce système de tout laisser faire qui semble prévaloir dans toutes les branches des pouvoirs publics ; en présence de l'indifférence de l'Etat en matière d'hygiène, en présence surtout de cette tolérance scandaleuse adoptée par les parquets vis-à-vis des fauteurs d'exercice illégal, n'avons-nous pas le droit de rester défiants, n'avons-nous pas le droit de ne pas désarmer encore ? Je viens d'accuser l'indifférence de l'Etat en matière d'hygiène publique, laissez-moi vous en apporter une preuve récente.

Il y a quelques mois, dans une des plus importantes communes de ma région, éclate soudain une épidémie de fièvre typhoïde. Le confrère du lieu soupçonnant, à bon droit, un puits communal d'être la source principale de l'épidémie, s'empresse d'aviser l'autorité. Réunion du conseil d'hygiène, enquête, etc., etc. Bref une analyse faite au laboratoire de la Faculté ayant démontré que l'eau du puits était réellement contaminée, c'est 44 jours après l'avertissement du confrère qu'a paru le rapport conseillant de proscrire l'usage de l'eau contaminée pour les besoins domestiques. (*Hilarité générale.*) Chez les nations voisines, en Angleterre notamment, avant 48 heures le puits eût été absolument supprimé.

Voilà, Messieurs, où nous en sommes en matière d'hygiène publique en l'an de grâce 1891. Ne vous sentez-vous pas humiliés, Messieurs, de voir notre beau pays de France toujours à la tête des nations civilisées par son génie artistique et industriel, rester volontairement au dernier rang quand il s'agit d'hygiène, c'est-à-dire, de la conservation des existences humaines ! (*Applaudissements.*)

Quant à l'exercice illégal qui est, je l'avoue, mon *delenda Carthago*, ce nom a toujours le pouvoir d'exciter en moi un violent sentiment de honte et d'indignation. — N'est-il pas monstrueux en vérité, Messieurs, d'assister, à la fin de ce siècle qui aura vu s'accomplir tant de progrès et de réformes, d'assister, dis-je, à ce débordement de plus en plus effrayant d'exploiteurs criminels qui, sous l'œil bienveillant de l'autorité, peuvent impunément s'attaquer non seulement à la bourse, mais à la vie de nos concitoyens ? Ah ! Messieurs, nous nous sentons toujours fort à l'aise quand nous dénonçons l'exercice illégal à la juste répression des lois, car, ainsi que vous le disait tout à l'heure notre cher président M. le Dr Cézilly, en le dénonçant nous avons conscience de poursuivre bien moins un intérêt professionnel, qu'un intérêt social ; oui, nous ne nous lasserons jamais de le répéter : si les médecins souffrent de l'exercice illégal, les malades en meurent et je prétends qu'un gouvernement démocratique, que des représentants du peuple ne devraient jamais oublier que c'est le peuple, que ce sont les classes pauvres qui font à peu près tous les frais de cette exploitation honteuse, toujours tolérée au mépris de tout droit, de tout bon sens, de toute morale et de toute justice. (*Applaudissements.*)

Laissez-moi, Messieurs, cette année encore, faire ressortir l'étrange illogisme de l'Etat qui, d'une part, multiplie les Facultés de Médecine, se montre toujours plus exigeant pour la délivrance des Diplômes, semble en un mot préoccupé de former des médecins de plus en plus capables, dignes et instruits, et qui d'autre part abandonne d'innombrables victimes à la cupidité et à la dangereuse ignorance de misérables qui, en fait de diplômes, n'ont jamais eu que des inscriptions à la Préfecture de police ! (*Rires.*) Comprenez-vous enfin, que l'Etat qui protège les nourrissons et grâce à l'admirable loi de 1874 conserve tant d'enfants à la patrie n'ait pas encore songé qu'avec des lois sévères en hygiène et contre le charlatanisme il pourrait conserver un nombre infiniment plus grand encore d'existences utiles au pays ? (*Applaudissements.*)

Veuillez, messieurs, me pardonner les vieilles redites et permettez-moi de terminer ces trop longues réflexions par une dernière considération :

Depuis quelque temps, Messieurs les Sénateurs, Messieurs les Députés, vous vous livrez, passez-moi, l'expression, à une véritable débauche de protectionnisme. — Croyez bien, Messieurs, que je n'ai nulle intention de me livrer ici à une discussion des questions économiques dans lesquelles je n'ai d'ailleurs, je l'avoue, aucune compétence ; je veux simplement constater, pour les besoins de ma cause, que dans votre zèle de protection vous avez songé à tout et à tous : depuis la betterave nationale jusqu'aux vins fameux de la Gironde et de la Bourgogne, depuis les distillateurs du Nord jusqu'aux bouilleurs de cru du Midi ; vous n'avez oublié rien ni personne ; je me trompe vous n'avez oublié qu'une chose : les médecins, les malades, la santé publique.

Est-ce que vous jugeriez par hasard la santé et la vie de vos concitoyens moins dignes de vos préoccupations que l'intérêt des producteurs industriels ou agricoles ? Nous n'avons pas cette pensée, Messieurs et chers invités, car nous connaissons votre bon sens, votre intelligence et votre patriotisme : mais nous savons aussi quelle influence pernicieuse exerce sur les cerveaux les mieux trempés l'atmosphère troublante des milieux parlementaires ; et puisque sous un régime démocratique tout citoyen a le droit et le devoir de faire entendre aux Pouvoirs publics ce qu'il croit être la vérité, vous me pardonnerez, j'en suis sûr, d'avoir appelé votre bienveillante attention sur les questions que je viens d'avoir l'honneur de vous soumettre.

Permettez-nous d'espérer que vous les trouverez dignes de votre sollicitude. Et laissez-moi vous dire, en finissant, qu'en faisant droit à nos légitimes revendications, vous n'aurez pas seulement mérité la gratitude du corps médical, vous aurez avant tout fait œuvre utile, féconde, patriotique, vous aurez bien mérité du pays tout entier.

Le toast de M. Lasalle est accueilli par les applaudissements qu'il est habitué à recevoir dans nos séances.

Toast de M. Viger.

Messieurs,

Je ne m'attendais certainement pas à prendre la parole au milieu de vous, désirant vous laisser et rester moi-même sous le charme de l'éloquent discours de M. le sénateur Trarieux et des toasts si spirituels et si chaleureux qui l'ont précédé et suivi. Mais voilà que mon aimable confrère et ami, le Dr Lasalle, m'accable sous sa verve, me provoque en jetant non pas même quelques pierres, mais de gros pavés dans mon jardin et me force, pour me défendre, à rompre le silence. Je le lui pardonne cependant car s'il m'avait prévenu, j'aurais, durant cet agréable banquet, été dans la situation embarrassée qu'Eugène Chavette a si spirituellement décrite dans une boutade humoristique intitulée je crois : — Les angoisses du monsieur qui doit porter un toast (*Rires.*) Mon ami Lasalle me dit qu'il ne suffit pas de protéger les récoltes, et, appréciant mes travaux avec une bienveillance qu'excuse seule son indulgence confraternelle, il demande que les médecins du parlement pensent également aux intérêts des pauvres de nos campagnes qui, eux aussi, demandent notre protection au même titre que la betterave nationale, voire même le maïs méridional. (*Hilarité.*)

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Intoxication saturnine par les papiers de tenture.

M. *Guyot* a rapporté un cas de paralysie saturnine remarquable par ce fait que la cause de l'intoxication résidait exclusivement dans le papier dont était tapissée la chambre du malade. Une enquête approfondie avait démontré que l'on ne pouvait incriminer ni l'eau, ni le vin, ni les aliments ; en outre, le malade ne maniait ni plomb ni sels de plomb. L'analyse montra que le papier de tapisserie contenait une grande quantité de plomb.

Le zona chez les enfants.

Le zona présente des différences notables dans son évolution et ses manifestations douloureuses suivant l'âge des malades. L'indolence du zona infantile est en effet remarquable à côté des douleurs vives et persistantes du zona sénile. M. *Comby* a vu à Sainte-Périne une vieille demoiselle de 82 ans qui souffrait depuis cinq ans d'une névralgie intense ayant débuté par un zona. L'éruption est cependant la même chez les enfants et chez les vieillards. Peut-être l'état particulier des nerfs chez ces derniers explique-t-il l'intensité des névralgies. En tout cas, l'on peut dire que chez les enfants l'éruption est tout, tandis que les suites de l'éruption sont surtout importantes chez les adultes et les vieillards.

M. Comby a recueilli, en huit ans, au dispensaire de la Villette, 33 cas de zona infantile, dont 21 filles et 12 garçons. Cette prédominance du sexe féminin a été notée par d'autres observateurs, M. Descroizilles, entre autres, dans le zona infantile. On a dit que le zona était plus rare chez les enfants que chez les adultes. Il n'en est rien ; toutefois, pendant la première enfance, le zona est exceptionnel. C'est une maladie rare à tous les âges ; après deux ans, elle se rencontre aussi souvent chez l'enfant que chez l'adulte. Sur les 33 cas de M. Comby, il en avait 4 au-dessous de 2 ans (le plus jeune malade avait 8 mois) ; 29 malades avaient dépassé cet âge ; le plus âgé avait 15 ans.

(1) Société médicale des hôpitaux de Paris.

M. Comby n'a pas observé de petites épidémies de zona ni la contagion de la maladie ; mais l'affection s'est montrée plus fréquente pendant les mois de printemps et d'été que pendant les mois d'automne et d'hiver. Cette constatation a déjà été faite pour d'autres dermatoses.

14 des petits malades étaient bien portants au moment de l'apparition du zona. Les autres étaient déjà malades : 6 étaient extrêmement nerveux, 9 avaient de la dyspepsie et de la diarrhée ; un seul était tuberculeux. Dans un cas, le zona survint huit jours après la vaccination ; une autre fois, ce fut après un traumatisme violent, une morsure de cheval ; enfin, dans un dernier cas, le zona survint au cours d'une rougeole.

Quatorze fois le zona siégeait sur la moitié droite du corps. Les phénomènes généraux ont été toujours réduits à leur plus simple expression. La fièvre zostérienne, chez les enfants, est donc insignifiante.

Parmi les signes locaux, les démangeaisons, les picotements sont les plus fréquents ; il n'y a pas de douleurs sur le trajet nerveux, ni spontanément, ni à la pression. Cette indolence avait été observée par plusieurs auteurs (Hardy, Fabre, de Commentry, etc.). Cependant, on peut noter l'existence de névralgies légères chez les malades au-dessus de 10 ans. Les névralgies sont d'ailleurs, chez les enfants, à peu près inconnues ; ainsi, par exemple, la névralgie faciale.

Quelques auteurs (Descroizilles) ont signalé, comme suites du zona, un certain état d'anémie, de dépérissement, de langueur que M. Comby n'a jamais observé. Tout au plus, les complications se réduisent-elles à quelques accidents locaux, dus en partie au grattage, écorchures, adénites, pigmentation.

Le diagnostic est facile ; quelquefois, cepen-

dant, à la face, une plaque de zona sera prise pour de l'herpès fébrile.

Le traitement s'adressera uniquement à l'éruption.

Ces faits n'éclairent pas la pathogénie du zona. Le zona est-il dû à une simple névrite ? Faut-il le ranger dans la classe des maladies générales infectieuses ? Ce qui est certain, c'est que le zona est dû à une névrite ; mais cette névrite reconnaît elle-même des causes très variées. Les symptômes généraux feraient croire à une maladie infectieuse ; il en est de même de l'absence de récidive dans certains cas. Mais, quand la cause est bien nettement un traumatisme, comme, par exemple, dans le cas où le zona survint après une morsure de cheval, il est bien difficile de faire intervenir la spécificité. On peut donc conclure, comme M. Bouchard, que le zona est la manifestation d'une névrite qui peut être infectieuse, ou traumatique, ou de toute autre origine.

Les tatouages des piqueurs et des rhabilleurs de meules.

Tous les ouvriers qui travaillent à la fabrication et au rhabillage des meules de moulins présentent sur le dos des mains des tatouages brun-noir fort différents, comme aspect, des tatouages bleus faits au moyen de l'encre de Chine. Le siège de ces tatouages varie suivant le travail auquel se livrent les ouvriers. Ceux-ci se divisent en fabricants, dresseurs, garde-moulins, épaneurs. Les tatouages noirs que l'on rencontre chez ces ouvriers ont des dimensions variant de celles d'une tête d'épingle à celles d'une lentille.

MM. *Variot* et *Raoult* ont examiné un fragment de peau de la main d'un ancien rhabilleur de meules mort à l'Hôtel-Dieu annexe. Par transparence, on voit des îlots colorés. Chaque grain noir un peu volumineux est entouré d'une sorte de semis de la même couleur.

Sur une coupe perpendiculaire de la peau examinée à l'œil nu, on voit dans l'épaisseur du derme une traînée discontinue, rouge-brun, avec des parties plus volumineuses au centre des îlots. Enlevés du derme, ces grains paraissent constitués par une matière brune, très foncée à la lumière réfléchie, et d'un brun jaunâtre transparent, dans les parties les plus minces, à la lumière transmise.

Après des examens répétés et différentes réactions chimiques, M. Variot a pu se convaincre que ces particules étaient de l'oxyde de fer dû à l'oxydation dans la peau des particules d'acier provenant des instruments et ayant pénétré par effraction dans le derme des ouvriers. Sur des coupes microscopiques, on voit dans ce dernier des grains volumineux, présentant l'aspect décrit plus haut, occupant presque toute la hauteur de cette partie de la peau, et entourés de poussières plus fines, de même couleur, disséminées entre les faisceaux conjonctifs. On ne trouve autour de ces corps étrangers aucune trace d'inflammation du tissu dermique.

Défécation par la bouche.

M. *Desnos* a observé à la Charité un cas bien curieux de défécation par la bouche.

De temps à autre, le malade avait des attaques d'hystérie. Un jour, la surveillante remarqua, dans la bave qui s'écoulait de la bouche du malade à la fin d'une de ses attaques, la présence de matières dont la couleur et l'odeur rappelaient celles des matières fécales. Interrogé à ce sujet, le malade répondit que, depuis deux ans, il n'allait jamais à la selle par l'anus, et rendait toutes ses matières fécales par la bouche, et que c'était généralement à six heures du soir qu'avait lieu cette évacuation.

Le malade fut soumis à la plus stricte surveillante, et on lui recommanda de demander un vase lorsqu'il croirait que l'évacuation allait se produire. Deux fois, pendant son séjour à l'hôpital, à six heures du soir, une heure après son repas, il rendit par la bouche des matières fécales. La première fois, cette évacuation eut lieu en présence de la surveillante, la seconde fois en présence de celle-ci et de l'interne du service. La défécation buccale avait lieu dans deux circonstances différentes. Tantôt, lorsqu'il sentait qu'elle allait se faire, le malade demandait tranquillement le vase et rendait lentement les matières avec quelques efforts très légers de vomissement ; d'autres fois, cette expulsion avait lieu au milieu d'une crise de nerfs, de quelques convulsions légères, pendant lesquelles il portait incessamment une main à son dos, au niveau de l'œsophage, déclarant y éprouver une vive douleur.

M. Desnos a vu les matières de la seconde évacuation, celle qui avait eu lieu en présence de l'interne et de la surveillante. Elles remplissaient un crachoir. Celles de la veille avaient été d'une abondance double. Ces matières étaient moulées, de consistance un peu molle ; celles du jour précédent étaient plus dures. Leur couleur était d'un brun foncé. Elles offraient, en un mot, l'aspect de matières ayant séjourné dans le gros intestin, après que la digestion dans l'intestin grêle s'est accomplie. Elles avaient l'odeur habituelle des matières fécales normales, mais non cette horrible fétidité des matières jaunâtres, liquides, des vomissements fécaloïdes de l'étranglement interne.

Elles ne contenaient aucune trace d'aliments, bien que le repas eût eu lieu seulement une heure plus tôt. Cette sélection bizarre des matières fécales et des aliments récemment ingérés n'est pas un des traits les moins curieux de cette curieuse histoire.

Pendant les heures qui précédaient l'évacuation, le bas-ventre était tendu, dur, augmenté de volume ; il présentait même, dans ses régions inférieures, une matité qui disparaissait après la défécation, en même temps que l'abdomen diminuait de volume. A aucun moment, la palpation n'était douloureuse.

D'où venaient les matières ? Elles présentaient l'aspect de matières ayant séjourné dans le gros intestin ; mais on peut objecter que, d'après tous les anatomistes et tous les physiologistes, le reflux des solides et même des liquides est impossible à travers la valve iléo-cœcale.

Le malade faisait remonter ses évacuations buccales à deux ans ; à cette époque, il était tombé d'un mur sur une branche ; il s'était blessé au niveau de la partie supérieure et interne de la fosse iliaque droite. Il avait souffert longtemps dans cet endroit, bien qu'on n'y trouvât ni induration, ni tumeur, ni cicatrice. Se serait-il produit par là, par le fait de la blessure, une cicatrice, un rétrécissement, voire même de simples adhérences, suffisantes pour apporter obstacle au

cours des matières ? Une communication se serait-elle établie, à la faveur du traumatisme, entre le gros intestin et un point plus élevé du tube digestif ? Ce sont là des hypothèses qu'il est permis d'émettre, sans qu'il soit possible d'en donner la démonstration.

M. Desnos voulait administrer un lavement coloré pour chercher si la façon dont il serait rendu fournirait quelques données sur le point de départ des matières ; une chloroformisation à fond aurait permis une palpation facile des parois abdominales. Mais le malade est resté trop peu de temps dans le service. Il s'était évadé d'un asile d'aliénés où on l'a réintégré.

M. Desnos demande à ses collègues s'il en est qui aient connaissance de faits semblables, et si on peut penser que l'hystérie expliquerait, à elle seule, un cas de ce genre, en provoquant des contractions spasmodiques du gros intestin assez puissantes pour faire franchir aux matières la barrière représentée par la vulve de Bauhin.

M. *Le Gendre* fait remarquer que ce qu'il y a de tout à fait exceptionnel dans l'observation de M. Desnos, c'est la longue durée du phénomène. Mais un cas authentique de défécation buccale a été rapporté déjà par M. Jaccoud et M. Le Gendre en connaît lui-même un autre, dont l'observation se trouve dans la thèse du docteur Fouquet. (*Sur quelques spasmes d'origine hystérique*, 1880.) Dans ces deux cas, le phénomène, qui avait été passager et fut observé chez deux hystériques fut attribué à des contractions antipéristaltiques de l'intestin, à de véritables spasmes hystériques.

M. *Mathieu* ajoute qu'un fait analogue a été publié dans la *Revue de médecine*, par M. Cherchewsky. Mais, ici, le sujet était seulement neurasthénique et dyspeptique. Comme dans les deux cas cités par M. Le Gendre, la défécation buccale fut très passagère.

Arthrites purulentes sans microbes.

Une femme de 30 ans, jusque-là bien portante, fut prise, sans cause appréciable, le 8 octobre dernier, d'une douleur vive dans le genou droit. Quelques jours après, on constata la présence d'un épanchement considérable ; les douleurs étaient extrêmement vives ; la température atteignait, le soir, 38°5. Cette arthrite n'était point rhumatismale ; il n'y avait pas de blennorrhagie.

Après avoir essayé sans résultats l'immobilisation, les compresses d'eau blanche, l'antipyrine à l'intérieur, les sangsues autour de l'articulation, M. *Rendu*, craignant une arthrite purulente, pratiqua une ponction exploratrice le 27 octobre. Cette ponction ramena un liquide séreux, verdâtre, épais et floconneux. Une amélioration très passagère suivit cette ponction ; puis les phénomènes se reproduisirent avec autant d'acuité.

Le 1er novembre, M. Rendu pratiqua une ponction évacuatrice qui donna issue à 125 grammes de liquide verdâtre et épais ; puis, sans retirer la canule, il injecta, dans l'articulation, une seringue de Pravaz de solution de sublimé au 1/4000e ; on fit ensuite un pansement ouaté compressif et on immobilisa le genou.

L'amélioration fut rapide du côté de l'état local et de l'état général. A partir du 8 novembre, la fièvre tomba définitivement ; l'arthrite disparut graduellement. Enfin, depuis quelques jours, la marche est possible. Les seules traces de l'arthrite sont un peu d'épaississement de la synoviale et un certain degré d'atrophie du triceps crural.

M. Rendu reste indécis au sujet de la nature de cette arthrite suppurée, survenue, sans cause appréciable, au milieu d'une santé parfaite. Le pus de l'épanchement a été examiné au microscope et cultivé. On n'a trouvé aucun microbe et les ensemencements sont restés stériles. On n'a pu malheureusement inoculer des animaux, ce qui peut-être eût décelé la nature tuberculeuse de la suppuration. Toutefois les poumons semblaient sains à l'examen le plus minutieux. La première ponction exploratrice ne peut être incriminée, puisqu'elle avait ramené un liquide déjà louche et floconneux, et que, d'autre part, on avait fait une antisepsie rigoureuse.

Mais le fait de M. Rendu est aussi très intéressant au point de vue thérapeutique. En effet, une suppuration du genou, quelle qu'en soit la nature, est toujours une affection grave. Même depuis les progrès de l'intervention chirurgicale, il n'est pas indifférent d'ouvrir largement le genou et d'y faire des injections antiseptiques ; l'ankylose, ou, tout au moins, des raideurs articulaires interminables, en sont trop souvent la conséquence, et quelquefois même ces arthrites nécessitent l'amputation ou la résection du genou.

Or, dans le cas de M. Rendu, l'évacuation du liquide purulent et l'injection d'une très petite quantité de sublimé ont suffi pour amener la guérison ; cette méthode ne produirait certainement pas des résultats aussi satisfaisants dans tous les cas d'arthrites purulentes ; mais, dans tous les cas, on pourrait employer le procédé simple et inoffensif de M. Rendu avant de procéder à une intervention chirurgicale plus radicale, qui reste et qui restera toujours le traitement décisif des suppurations articulaires.

M. *Debove* a eu l'occasion d'observer un malade, âgé de 69 ans, atteint d'une arthrite purulente du genou, dont le pus, comme chez le malade de M. Rendu, ne contenait pas de microbes. La preuve en a été fournie, non seulement par l'examen microscopique et les ensemencements, mais encore par l'inoculation aux animaux, inoculation qui a manqué dans le cas de M. Rendu. La guérison fut obtenue par une simple ponction, non suivie d'injection antiseptique.

Si des observations de ce genre se multipliaient, on en pourrait conclure que l'absence, dûment constatée, de microbes dans le pus d'une articulation, permet d'espérer une guérison complète à la suite d'une ponction avec ou sans lavage antiseptique. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et, récemment, M. Debove a vu, chez un homme de 57 ans, un autre cas d'arthrite purulente du genou sans microbes, qui se termina cependant par la mort.

Il convient, il est vrai, de dire, que, dans ce cas, il ne fut pas fait d'inoculation aux animaux et qu'on se borna à l'examen microscopique du pus et à l'ensemencement sur les milieux appropriés. D'autre part, le sujet était diabétique et il survint, comme complication ultime, une pneumonie lobaire développée insidieusement sans fièvre aucune. Il n'en reste pas moins que l'arthrite a eu une marche très grave et qu'elle s'est compliquée de lésions articulaires telles qu'une grande opération chirurgicale eût seule pu amener la guérison ; mais, en raison du dia-

bête, M. Debove ne crut pas devoir proposer cette intervention.

Donc l'absence de microbes dans le pus d'une arthrite n'est qu'un des éléments du pronostic, et il faut tenir compte d'un certain nombre d'autres conditions, notamment du terrain.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'hystérie chez le nouveau-né et les enfants au-dessous de deux ans (1).

Déjà, en 1885, dans un travail « sur les maladies dites de dentition » lu au Congrès de Grenoble, j'indiquais l'hystérie comme une des causes des convulsions infantiles ; mais, pour l'étudier chez le nouveau-né et le nourrisson et en noter les formes rares, il fallait un nombre considérable d'observations. Le présent travail repose sur plus de deux cents faits recueillis par moi.

L'hystérie est restée inaperçue dans le très jeune âge, parce que toutes ses manifestations sont mises sur le compte de *l'éclampsie*, chapitre de la pathologie infantile plein d'obscurité et d'erreurs.

Chez l'hystérique souvent une contrariété fait naître une attaque complète ou avortée. Il en sera de même chez le jeune enfant hystérique. Il sera exigeant, il se fera obéir ; il gouvernera déjà la maison. Si, dès son réveil, la mère ne le prend pas dans ses bras ; si elle tarde à lui donner le sein ; si au lieu de sa mère, il voit apparaître une personne inconnue, il se mettra en colère ; et, si on tarde encore à le satisfaire, il pourra survenir une attaque.

Le degré le plus faible consiste en colères vives à répétitions, sans causes suffisantes, et se manifestant par des cris.

A un degré de plus l'enfant raidira ses membres ; sa face sera violacée et turgescente ; plus rarement pâle. Le tremblement pourra accompagner ou suivre ces ébauches d'attaques.

Certains enfants se rouleront sur le parquet ou sur leur lit, faisant de grands mouvements de bras et de jambes, sans toutefois perdre complètement connaissance.

A un degré plus élevé encore, l'enfant cesse tout à coup de crier et perd complètement connaissance. Le corps est le plus souvent rigide et la bouche grande ouverte. D'autres fois le corps se laisse aller et il n'existe aucune contracture. Quelquefois la bouche est fermée, les mâchoires serrées. Rarement, il existe des secousses et des grands mouvements.

Les parents appellent cela pâmoison : ils disent que « leur enfant se pâme », ou bien « qu'il ne peut jeter son cri ». J'ai observé un grand nombre de cas de ce genre.

Les enfants hystériques peuvent être pris de la même « pâmoison » au milieu de la toux ; qu'il s'agisse de la coqueluche, d'une bronchite ou d'un simple rhume. Mais il y a là un écueil ; il ne faut pas confondre l'attaque convulsive en question avec les accès de faux croup.

J'arrive aux grandes attaques. Après une contrariété ou sans cause connue, l'enfant perd connaissance pendant plus ou moins longtemps, depuis quelques secondes jusqu'à plusieurs heures.

(1) Résumé d'une communication à l'Académie de médecine.

Le plus souvent son corps est rigide, ainsi que ses membres, et ses mains sont fermées. Dans quelques cas la paume est tournée en dehors par suite de la rotation du bras. Les yeux sont souvent convulsés et portés en haut.

Il se joint quelquefois des secousses dans les membres contracturés ; plus rarement, l'enfant se livre à des mouvements désordonnés.

D'autres fois, il n'existe aucune rigidité, l'enfant se laisse aller comme un corps inerte.

Ces attaques peuvent être isolées, ne se présenter qu'une seule fois ; ou se répéter à des intervalles plus ou moins longs, plus ou moins réguliers, tous les 2 mois, tous les mois, tous les huit jours, tous les jours, plusieurs fois par jour.

L'enfant est pris parfois d'un véritable état de mal hystérique. Cet état de mal est souvent confondu avec la méningite et explique le nombre assez grand de méningites suivies de guérison.

Il est presque impossible chez le nourrisson de noter l'hémianesthésie ou l'hyperesthésie, bien qu'elles doivent exister ; mais la contracture et la paralysie ne sauraient échapper, pas plus que l'absence du réflexe oculaire ou pharyngien, que j'ai notée dans la plupart des observations. Les auteurs ont cité des contractures des membres spontanées ou succédant à des convulsions, et disparaissant, soit spontanément, soit à la suite d'une nouvelle attaque convulsive.

J'ai recueilli cinq cas de ce genre : un de trismus ; un de contracture des mains dans l'extension ; un de contracture des mains dans la flexion ; un avec les pieds étendus et les mains fléchies ; dans le 5e les pieds seuls étaient contracturés dans l'extension.

J'ai également recueilli quatre observations de paralysie hystérique, et deux de tremblement.

Plus rarement, on voit des attaques consistant en pâleur, larmes et frissons ; en secousses convulsives d'un seul côté, sans perte de connaissance. La toux hystérique, les vomissements périodiques, des troubles locaux dans la circulation de la peau produisant des taches bleues éphémères peuvent se rencontrer.

J'ai vu une attaque de sommeil qui dura 24 heures. A 4 ans le même enfant dormait pendant 4 jours et faillit être enterré vivant. On avait déjà apporté le cercueil.

Le nystagmus et le strabisme qui s'observent chez l'adulte hystérique prennent souvent naissance au milieu d'attaques convulsives à l'âge qui nous occupe.

Les terreurs nocturnes, qui existent aussi bien chez le très jeune enfant que chez les enfants plus âgés, doivent rentrer dans l'hystérie ; et leur cause, la sténose naso-pharyngienne, peut être considérée comme une cause puissante d'hystérie infantile.

Le *diagnostic* sera facile dans les cas de pâmoison, qu'on ne pourrait confondre qu'avec des lésions laryngiennes ou trachéales. Pour les autres formes, la difficulté sera plus grande, surtout s'il s'agit de différencier l'hystérie de l'épilepsie ; mais dans beaucoup de cas le diagnostic pourra être fait après une courte observation.

Les méningites aiguës ou chroniques et les diverses lésions cérébrales seront une autre cause d'erreur ; mais dans la plupart des cas il sera pos-

sible d'arriver à la vérité. Le pouls et la température seront d'un puissant secours dans les cas aigus.

On ne confondra guère non plus l'hystérie avec l'encéphalopathie athrepsique des nouveau-nés, ou avec les convulsions agoniques des diverses maladies.

Ce diagnostic est d'une grande importance. l'hystérie ne comportant pas un pronostic bien sérieux au point de vue de la léthalité et les autres maladies étant pour la plupart mortelles ou produisant des lésions irrémédiables.

Le traitement sera très sévère. L'hystérie a d'autant plus de chances de guérir que le sujet est plus jeune. Il faudra étouffer la névrose dès sa naissance, et se rappeler des rapports que j'ai signalés entre l'hystérie et les lésions naso-pharyngiennes, car souvent une opération hâtera la guérison.

Dr Edmond CHAUMIER (de Tours).

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Quelle conduite doit tenir un médecin consulté dans son cabinet par une femme atteinte de syphilis, qui lui demande un traitement et le diagnostic de sa maladie ?

« *Doit-on le dire* ? » C'est sous cette formule plaisante bien connue, qu'on pourrait résumer d'un seul mot le titre de cette revue. Nous avons pensé qu'il serait intéressant pour nos lecteurs de connaître sur ce sujet l'opinion de M. le professeur Fournier. L'éminent professeur excelle, comme on sait, à traiter ces questions délicates de déontologie médicale, et il vient de consacrer à l'étude de celle-ci la première leçon de son cours à l'hôpital Saint-Louis. C'est l'exposé fidèle et résumé de son enseignement que nous allons essayer de présenter.

La réponse à la question formulée en tête de cet article n'est pas aussi facile qu'elle semble l'être à première vue. Il est certain qu'au point de vue strictement médical, le médecin peut ne pas vouloir entrer dans le détail des choses, se contenter de formuler son diagnostic et son traitement, se lavant les mains de ce qui peut arriver hors de son cabinet. Mais cette conduite, inattaquable en droit, qui donc voudra la suivre ? Quel est le médecin qui ne voudra pas essayer de pallier les choses et d'exercer son office bienfaisant ? Traiter la malade, taire la maladie, éviter à la femme le chagrin, empêcher le scandale et le trouble dans un ménage, tout cela, à un moment donné, le médecin a pouvoir de le faire, et il doit essayer de le faire.

Dans la pratique la scène est toujours la même. Après l'examen terminé, la malade demande ce qu'elle a. Allons-nous toujours nous tenir dans la négative ? Non, bien évidemment : cela dépend de l'état social de la cliente. S'il a affaire à une femme honnête, le médecin devra user de réticence ; s'il a affaire à une femme galante, il doit lui dire la vérité ; car la taire deviendrait dangereux, cette femme ignorante de la nature vraie de son mal pourrait continuer inconsciemment à le transmettre à d'autres. Donc, deux catégories bien tranchées, les régulières et les irrégulières, et un premier diagnostic à faire : celui de la catégorie à laquelle appartient la consultante : cela est affaire de tact et parfois de diplomatie.

En présence d'une cliente de la première catégorie, le médecin est décidé à taire son diagnostic ; comment va-t-il s'y prendre ?

La plupart de nos confrères procèdent ainsi : le diagnostic vrai est esquivé, la maladie qualifiée d'affection cutanée, de maladie dartreuse, etc., puis, pour le traitement, l'ordonnance est rédigée de façon à dissimuler le nom vrai des remèdes en les désignant sous les appellations synonymes, *hydrargyre*, ou sous leur formule clinique *Hg, KI*; d'autres désignent les préparations ordonnées par un simple numéro et les envoient prendre chez un pharmacien prévenu ; d'autres enfin, cela est plus rare, mais se voit souvent en province, se chargent de faire préparer les médicaments et de les envoyer à leur cliente.

Evidemment, tous ces stratagèmes ont du bon ; ils peuvent réussir, et réussissent souvent en effet : mais ces malices sont un peu cousues de fil blanc, et une femme avisée, aidée d'un bon dictionnaire, aura vite fait de les découvrir. Aussi peut-on avoir recours à la manœuvre suivante, à laquelle M. le professeur Fournier donne la préférence. Se décharger sur le mari du soin de tenir cachée à sa femme la nature de son mal et le rendre responsable du traitement à suivre. Mais là encore, il faut du tact et de l'habileté ; il faut jouer serré ; car, avant de prévenir le mari, il faut s'assurer que c'est bien lui le coupable, car, sinon, quelle épouvantable bévue ! Il faut donc s'assurer de l'assentiment de la femme ; il faut, en causant avec elle, témoigner le désir de voir son mari sous le prétexte d'avoir des renseignements complémentaires sur quelques points restés obscurs de la maladie ou de lui faire quelques recommandations d'ordre intime qu'il est délicat de faire à une jeune femme ; bref, après avoir donné une ordonnance anodine, demander que le mari vienne à la consultation.

Si la femme est coupable, déjà mise en éveil par vos réticences, elle se méfiera, refusera d'accepter la conférence ; parfois même, effrayée, elle entrera dans la voie des aveux et demandera au médecin de lui garder le silence. Si la femme est innocente, en rentrant chez elle, son premier soin sera de transmettre votre désir à son mari.

Celui-ci sera le lendemain chez vous. Et alors vous pouvez lui tenir ce langage : « Monsieur, j'ai eu l'honneur d'être consulté hier par votre jeune femme ; je n'ai pas voulu m'expliquer avec elle de la nature de son mal avant de vous avoir vu ; je n'ai pas voulu lui dire....» Alors dix-neuf fois sur vingt il ne vous laissera pas achever, vous remerciera chaleureusement, entrera dans la voie des aveux et c'est lui, qui désireux de traiter sa femme, mais de lui cacher la vérité, vous suppliera de garder le silence et se fera votre complice intéressé. C'est donc lui qui devient responsable de la bonne exécution du traitement.

Et l'on peut être sûr que presque toujours celui-ci sera rigoureusement suivi. On peut bien objecter que dans quelques cas le mari, une fois les premiers symptômes effacés, s'empressera de faire cesser le traitement et ne voudra pas continuer, le temps nécessaire, une médication qui, à la longue deviendrait dénonciatrice, et que dans ce cas la malade pourra souffrir de la manière de faire du médecin. Mais dans ce cas ce n'est pas la faute à la méthode, c'est la faute à l'égoïsme du mari. Mais, dira-t-on encore, demander à voir ce mari, n'est-ce pas ajouter un soupçon à ceux

que la femme peut déjà concevoir ? La perfection n'est pas possible.

D'ailleurs, traiter une femme affectée de syphilis sans que cette femme ait jamais le moindre soupçon est une utopie : sans doute, pendant quelques mois, la vérité peut être tenue secrète, mais, si le traitement dure longtemps, l'insistance même du traitement éveillera les soupçons : nombre de femmes que leur mari et leur médecin croient trompées sont des femmes qui veulent bien avoir l'air d'être trompées ; elles mettent leur dignité à ne pas savoir.

Mais alors, à quoi bon tout ce qui précède ? Il ne faut rien exagérer : l'intervention du médecin ne sera pas toujours suivie d'une réussite complète ; mais elle sera toujours utile, parce que, s'exerçant au début, elle amortira le premier choc entre la femme outragée et le mari coupable, en prévenant le coup de tête de la femme indignée qui, dans un premier mouvement, ne rêve plus que vengeance, déserte le foyer conjugal, court chez les hommes de loi, sollicite d'emblée un procès et provoque un scandale qu'elle est la première à regretter plus tard. Elle laissera à la malade le temps de s'accoutumer à sa maladie, elle préviendra la discorde au foyer domestique ; et les intérêts en jeu sont assez pressants pour que, chaque fois qu'il en trouvera l'occasion, le médecin s'efforce de les sauvegarder, et fasse œuvre noble et utile.

Dr Henri FEULARD,
Ancien chef de clinique de la Faculté
à l'hôpital Saint-Louis

ÉCHOS DE L'ASSEMBLÉE DU 22 NOVEMBRE

I. Patente indûment imposée aux cliniques gratuites. (Dr Chaumier, de Tours) (1).

Mes chers Confrères,

Vous avez dû lire dans les journaux la condamnation à payer une patente supplémentaire prononcée par le Conseil d'Etat, contre le sieur Bompar, de Bordeaux, au sujet d'un cabinet de consultations gratuites.

Dans toutes les grandes villes un certain nombre de médecins, surtout de spécialistes, ont des cliniques gratuites ; de plus, chaque année, il se crée des dispensaires d'enfants, des sanatoria, etc., — et cette patente supplémentaire mérite, je crois, un peu d'attention de notre part, — le fisc pouvant aller très loin dans cette voie.

Je vous dirai tout d'abord que je suis particulièrement intéressé dans la question, car ce qui est arrivé à notre confrère de Bordeaux, pourrait bien m'arriver aussi un de ces jours.

En effet, j'ai créé à Tours un dispensaire d'enfants malades : le loyer (500 fr.) est à mon nom, et messieurs des contributions m'ont imposé une patente supplémentaire de 72 francs.

Ce n'est pas précisément pour la somme que j'ai réclamé, mais pour le principe, car du moment qu'on exerce une profession qui ne rapporte rien, il est raide de payer patente.

Dans ma réclamation j'ai fait l'histoire des dispensaires depuis la fondation au Havre du 1er dispensaire par notre excellent confrère le Dr Gibert ; j'ai mentionné une circulaire du Ministre de l'Intérieur qui contient de fort belles phrases au sujet des dispensaires, engage les particuliers à en fonder et leur promet l'aide de l'Etat.

Voyez-vous bien cela : les particuliers qui fonderont des dispensaires auront des subventions de l'Etat ; et nous médecins si nous en fondons... nous paierons patente ! !

Après ma réclamation, on demanda l'avis du maire.

« Le maire de la ville de Tours, considérant que M. le Dr Chaumier a établi un dispensaire dans lequel il ne donne que gratuitement des soins médicaux et chirurgicaux aux enfants pauvres de la ville ; que par sa circulaire en date du 15 septembre 1887 M. le Ministre de l'Intérieur engage les particuliers à fonder des établissements de cette nature et leur promet aide et assistance, est d'avis qu'il doit être accordé à M. le Dr Chaumier décharge de sa patente. »

Mais cela ne fait pas l'affaire du contrôleur qui feint de ne pas croire à la gratuité du dispensaire, « parce qu'aucune enseigne, aucune affiche, aucun écriteau, ni signe extérieur n'indique l'existence d'un dispensaire où consultations et médicaments seraient donnés gratuitement ».

Et comme j'avais répondu — car au milieu de ces démêlés on a tout le temps de s'écrire des choses aimables .... il y a déjà deux ans que ça dure et ce n'est pas fini — j'avais donc répondu que nous autres médecins nous n'avions pas l'habitude de prendre des tambours et des trompettes pour faire la charité — *mais que je pouvais partiellement satisfaire* M. le contrôleur, qui, s'il daignait consulter les annuaires du département, trouverait l'indication de mon dispensaire parmi les établissements charitables de la ville de Tours ; — le susdit contrôleur ne se trouve pas encore satisfait..... Il a découvert que « les annuaires n'étaient pas entre les mains des indigents et que — écoutez cette leçon de déontologie médicale — l'apposition d'un écriteau mentionnant la gratuité absolue des consultations et des médicaments serait la meilleure preuve du bien fondé de sa demande, et froisserait beaucoup moins dans leur délicatesse et leur modestie les sentiments tout charitables du patentable que l'insertion dans l'annuaire qui semble plutôt un appel à la clientèle aisée. »

Le Directeur, à son tour — il ne conteste pas la gratuité lui — appuie le maintien de la patente, parce que le Conseil d'Etat vient de condamner le Dr Bompar. — Le Dr Bompar est arrivé là bien à propos pour aider le pauvre homme à trouver un argument.

Pendant ce temps, je prenais des informations auprès de confrères dirigeant des dispensaires ; le Dr Gibert, du Havre, les Drs Comby, Redard, Dubrizay, de Paris ; enfin je demandais l'avis du conseiller judiciaire du *Concours médical*, M. Lordereau.

Le Dr Comby me répondit qu'il ne payait pas de patente ; semblable fut la réponse du Dr Redard, pour lui et les autres médecins du dispensaire Furtado-Heine. Le Dr Dubrizay me répondit que non seulement il ne payait rien, mais qu'il avait pris des informations et que les médecins de Paris ayant des cliniques particulières ne payaient pas davantage.

(1) Lu à l'assemblée du 22 novembre.

M. Lordereau me conseilla de persister dans ma demande de dégrèvement : selon lui je ne devais rien payer.

De son côté, le Dr Gibert m'écrivit :

« J'ai plaidé, j'ai perdu ; vous plaiderez, vous perdrez : il a suffi que des douches payantes fussent établies au dispensaire pour me faire condamner ; je paie près de 300 fr. d'impôts. »

Enfin la chose vint devant le conseil de Préfecture, et ce Conseil...... me donna raison.

« Considérant qu'il n'est pas contesté par l'administration que les soins donnés par le Dr Chaumier aux enfants malades dans le dispensaire qu'il a établi, 10, rue des Acacias, à Tours, ne le soient gratuitement, comme cela résulte, du reste, aussi de la publicité qui y est donnée dans les annuaires du département, qu'on ne saurait voir là l'exercice, au sens de l'article précité, d'une profession qui comporte une rémunération ; que d'ailleurs le Dr Chaumier est imposé à la patente pour l'exercice de sa profession au n° 19 bis de la rue de Clocheville ; qu'une œuvre purement charitable ne saurait équitablement donner lieu à une augmentation de patente. »

Je croyais en être quitte.

Mais ce n'était pas fini ; le fisc en a rappelé devant le Conseil d'Etat, et j'ai été averti il y a quelques jours que je pouvais prendre connaissance du dossier et faire de nouvelles observations, si je le jugeais à propos.

Ce dossier, dont je vous fais grâce, contient un long rapport du directeur de Tours au directeur général ; rapport au conseil d'administration ; avis de ce conseil ; lettre du ministre des finances au Conseil d'Etat, etc,. etc.

Qu'en résultera-t-il ? Bien qu'au commencement de cette affaire, le professeur Brouardel m'ait communiqué une lettre d'un conseiller d'Etat disant que j'avais *de sérieuses chances d'obtenir satisfaction*, je ne puis que douter du succès, et vous dire, mes chers confrères, mon cas n'est qu'un cas particulier ; mais il y a à côté une question d'intérêt général à élucider et si la jurisprudence du Conseil d'Etat nous condamne, il faudra nous adresser à nos confrères de la Chambre et du Sénat et obtenir un bon petit article de loi.

Voyez donc où poussent les conséquences de la façon d'interpréter la loi, qui a fait condamner le Dr Bompar ; à Tours nous avons fondé l'œuvre des enfants tuberculeux de Touraine ; nous allons, d'ici un mois, avoir un sanatorium sur les coteaux de la Loire. Hé bien ! si l'acquisition de la propriété était faite au nom d'un médecin du comité, on lui imposerait un très gros supplément de patente. Et dans la crainte que cela n'arrive l'acte a été signé par un membre non médecin.

Or, si l'on veut quand même faire payer une patente supplémentaire au médecin qui a une clinique gratuite, il n'a qu'à louer l'immeuble au nom d'un de ses amis, et dans ce cas on ne pourra le faire payer que si l'on fait également payer les médecins des hôpitaux, ce qui ne s'est pas encore fait, que je sache.

II. **De l'indemnité-maladie** (Dr Lécuyer de Beaurieux) (1).

Chers Confrères,

La question du droit à une indemnité journalière en cas de maladie, moyennant une cotisation mensuelle, est à l'étude depuis bien longtemps au *Concours médical* ; présentée à l'Association générale, nous pouvons dire qu'elle entre dans une nouvelle phase.

Le bureau de l'Association générale, d'abord unanimement hostile à la création de cette caisse *spéciale*, s'est laissé convaincre à la réunion du 6 avril dernier par les discours absolument topiques de MM. Gallet-Lagoguey, Lande, Hameau et autres. Le rapporteur, le Dr Lereboullet, mon excellent camarade de Strasbourg, avoue *maintenant* que la divergence de vue sur la question de principe a disparu depuis que tout le monde est d'accord sur la *spécialisation* de la caisse assurance-maladie.

Le doyen de la faculté de Paris, M. Brouardel, accepte l'esprit des propositions faites et promet, au nom du Bureau, de poursuivre l'examen de cette question si intéressante en s'inspirant des sentiments de l'assemblée si heureusement interprétés par le Professeur Lande, de Bordeaux : « Au commencement de notre Société, la devise était : *Charité et secours* ; aujourd'hui les Sociétés comme la nôtre ont adopté la formule : *Prévoyance et droit.* »

Tout d'abord je tiens à insister sur ce point très important ; les auteurs des différents projets ne veulent toucher *d'aucune manière* aux diverses caisses et aux divers services de l'Association. Ils veulent y annexer une caisse de plus et connaissant l'autorité considérable des hommes éminents qui sont à sa tête, ils veulent mettre cette œuvre sous leur patronage et s'en rapporter entièrement à eux pour obtenir du gouvernement son autorisation, comme naguère il l'a donnée aux commis voyageurs et aux employés de chemins de fer pour des fondations analogues.

Nous pouvons du reste nous en rapporter entièrement à M. Brouardel pour les démarches à faire.

Pour prouver que cette œuvre de l'assurance-maladie peut être fondée, je me bornerai à citer l'*Assurance médicale mutuelle du Département de la Seine* et à complimenter chaleureusement son fondateur le Dr Gallet-Lagoguey. Il nous raconte que lorsqu'il a pensé à fonder sa caisse, il a envoyé 3.000 exemplaires des statuts et il a reçu deux adhésions ! Au bout de quatre ans, l'assurance médicale *compte deux cents membres* et a en caisse 67.000 francs soit 6.700 journées à 10 fr.

« N'avons-nous pas là une garantie sérieuse et ne sommes-nous pas en droit de vous affirmer qu'elle nous permet d'envisager les événements avec confiance ? Qui donc pourrait imaginer une série de catastrophes capable d'absorber rapidement une telle réserve ? catastrophes qui se traduiraient par plus de 30 journées de maladies pour chacun de nous. »

La création d'une caisse semblable ne peut engager l'Association générale ; au contraire, car tous les médecins qui auront été préservés de la misère par la *prévoyance* ne viendront pas frapper à sa porte. *La caisse de l'Association en serait allégée*, on ne saurait trop répéter cela.

Tous les ans, mes chers confrères, je viens vous dire où en est notre modeste caisse *d'assurance mutuelle pour maladie temporaire*, dans notre syndicat, actif quoique restreint, d'Aisne-et-Vesle. Eh bien ! elle est prospère. Fondée en octobre 1887 elle a en ce moment 2115 fr. en caisse et a donné l'indemnité réglementaire due pour 97 journées de maladie. Chaque membre, vous le savez, donne 4 fr. par mois et a droit à 10 fr. par jour de maladie pendant un maximum de trois mois, laps de temps ordinaire pour la guérison des maladies aiguës et des accidents.

Revenons à la Caisse Lagoguey, je voudrais y voir un correctif. Je voudrais qu'il fût loisible de s'assu-

(1) Travail lu à l'Assemblée du 22 novembre.

rer pour 10 fr. par jour en donnant 10 fr. par mois ; et pour 5 fr. par jour en donnant 5 fr. par mois. De la sorte, pour des affections chroniques, incurables, nos malheureux confrères seraient certains de toucher, et cela indéfiniment, 3.600 fr. ou 1.800 fr. par an.

Cela laisse loin les 600 fr. accordés par l'Association à ceux-là *seulement* qui sont dans *une misère noire*. Il est vrai qu'elle ne reçoit que 12 fr. par an et par membre et qu'on ne peut faire quelque chose avec rien !

Si vous voulez toucher quelque chose, donnez une somme suffisante et ne faites pas le raisonnement (souvent fait) du personnage d'une pièce de Labiche : « Voilà trois ans que je lui donne 10 fr. à cette compagnie d'assurances, il est bien juste qu'elle m'en paie *cinq cents* ! »

Mes confrères de l'Oise et de la Gironde me pardonneront de ne pas parler de leurs projets, parfaitement étudiés du reste ; je n'ai voulu parler que des caisses existantes.

Comme membres de l'Association générale, nous voudrions tous qu'elle prît en main cette question, et si elle le décide, nous étudierons à ce moment tous les projets. Il est impossible que le bureau s'y refuse. La société Lagouguey compte comme membres honoraires les premiers médecins de Paris qui ont tenu à donner leur appui à cette belle œuvre de solidarité confraternelle.

Parmi eux j'ai du plaisir à citer : MM. Blache et Richelot, secrétaires ; et MM. Brouardel, Motet, Peter, membres du Conseil général de l'Association.

Je citerai encore Blanche, vice-président de l'Association de la Seine, Jules Bergeron, Charcot, Duplay, Fournier, Léon Labbé, Grancher, Péan, Tillaux, Tarnier, Galezowski, etc.

L'Association a déjà créé la caisse des *pensions viagères d'assistance*, mais elle n'a pas voulu créer la *caisse des retraites*, œuvre du *Concours*, qui a maintenant plus de 300,000 fr. en caisse et qui va fonctionner incessamment.

Il est nécessaire qu'elle ne fasse pas la même faute et qu'elle étudie, de manière à la faire aboutir, *l'indemnité-maladie*.

La présence au Conseil général de Blache, Richelot, Brouardel, Motet, Peter, membres honoraires de la Caisse Lagouguey, doit nous le faire espérer.

L'influence morale considérable qu'exercera l'Association générale ne fera de la sorte que s'accroître dans le sens de l'union la plus étroite, de la solidarité de plus en plus intime du corps médical.

III. Règlement de l'Indemnité-maladie (1).

Lorsque *vingt* membres de l'Association des Médecins de la Gironde auront demandé à s'assurer une indemnité pendant la durée de *maladies les mettant dans l'impossibilité d'exercer leur profession*, il sera ouvert, sur les livres du trésorier, un compte spécial, en conformité des conditions suivantes (2) :

a. Au moment où il demande son inscription, le Sociétaire doit être âgé de moins de *cinquante-cinq ans* et fournir un certificat constatant qu'il n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité pouvant entraîner l'incapacité de travail professionnel. Ce certificat, délivré par un médecin faisant partie de l'Association et contresigné par le Délégué de la circonscription, sera soumis à l'appréciation du Conseil administratif, qui prononcera sur l'admission.

b. Le Sociétaire admis doit payer et verser directement entre les mains du Trésorier une somme de *soixante francs*, qui sera soldée par année, avant le 1er janvier, ou par semestre, avant le 1er janvier et le 1er juillet de chaque année. Faute de quoi, le droit à l'indemnité serait suspendu et ne pourrait être repris qu'après le paiement intégral de l'arriéré et du semestre suivant, et après un nouvel examen médical constatant le bon état de la santé.

c. Le Sociétaire admis peut porter d'emblée à *cent vingt francs* sa cotisation annuelle pour s'assurer, en cas de maladie, une indemnité double.

d. De même, un Sociétaire payant primitivement *soixante francs* par an, pourra porter sa cotisation à *cent vingt francs* et s'assurer ainsi l'indemnité double. Toutefois, pour être autorisé à verser cette cotisation, il devra avoir moins de cinquante-cinq ans d'âge et fournir un nouveau certificat dans les conditions énoncées à l'article **a**.

e. Quand la Caisse d'assurance-maladie aura atteint *dix ans* d'exercice, les Sociétaires pourront être autorisés à se libérer de leur cotisation annuelle par une prime unique, à la condition d'avoir, au préalable, perpétué leur cotisation à l'Association. Le chiffre de cette prime devra être réglé proportionnellement à l'âge de l'assuré.

f. Par mesure transitoire, les membres de l'Association âgés actuellement de plus de cinquante-cinq ans seront admis dans le courant de la première année seulement à faire partie de l'Œuvre aux conditions ci-après :

De 55 à 56 ans, ils verseront, par an.	65 ou 130 fr.
De 56 à 57 — —	70 ou 140 fr.
De 57 à 58 — —	75 ou 150 fr.
De 58 à 59 — —	80 ou 160 fr.
De 59 à 60 — —	85 ou 170 fr.
De 60 à 61 — —	90 ou 180 fr.
De 61 à 62 — —	95 ou 190 fr.
De 62 à 63 — —	100 ou 200 fr.
De 63 à 64 — —	105 ou 210 fr.
De 64 à 65 — —	110 ou 220 fr.
De 65 à 66 — —	115 ou 230 fr.
De 66 à 67 — —	120 ou 240 fr.

De son côté, la Caisse d'Indemnité-maladie s'engage :

1° A payer à l'Association la *cotisation annuelle* de l'assuré.

2° A consacrer exclusivement au service de l'*assistance en cas de maladie* l'excédent de la cotisation et toutes les sommes provenant de dons et legs avec affectation spéciale à ce service.

3° A allouer une indemnité de *cinq francs* par jour pour toute maladie dûment constatée, entraînant incapacité de travail professionnel ayant duré plus de cinq jours et moins de six mois : soit *cent cinquante* francs par mois.

(1) Travail lu à l'Assemblée du 22 novembre, par le Dr Lasalle.

(2) Nous donnons les articles essentiels.

4° A allouer, *après le sixième mois*, pendant toute la durée de la maladie une indemnité réduite à la moitié, c'est-à-dire *soixante-quinze francs* par mois.
5° Les indemnités seront doublées pour les Sociétaires payant la cotisation de *cent vingt* francs, soit *trois cents francs* par mois pendant les six premiers mois et *cent cinquante francs* après le sixième mois. (La Caisse n'est engagée que dans la limite de ses ressources).
6° L'associé malade qui aurait été pourvu, par les soins de l'Association, d'une pension viagère d'assistance verrait son indemnité de maladie réduite d'une somme égale à celle de ladite pension.
7° Il n'est alloué aucune indemnité pour suite de duel, tentative de suicide (du moins conscient) ou pour maladie causée par l'intempérance notoire non plus que pour déplacements ou séjours aux stations médicales, à moins cependant que ces déplacements ou séjours n'aient été prescrits comme traitement de la maladie en cours.
8° Le droit à l'indemnité n'est acquis qu'après l'expiration du premier semestre et après le versement du deuxième semestre de cotisation.
9° Dès qu'un associé est malade, il doit aviser le Président de l'Association et le Délégué de la circonscription. Celui-ci s'assure de l'incapacité de travail ; il en constate la durée et délivre les certificats nécessaires pour le règlement de l'indemnité.

IV. La caisse des pensions de retraite des médecins de France.

Allocution du Dr Delefosse, secrétaire-général, prononcée à l'Assemblée du 22 novembre.

Messieurs et chers Confrères,

Je remercie vivement notre cher président des sentiments qu'il a bien voulu exprimer à mon égard et il a eu raison de vous dire que je suis complètement dévoué à une œuvre que je considère comme d'une très grande utilité pour le corps médical. Notre nouvelle formule confraternelle doit être *assistance, solidarité et droit*. En créant la caisse entre médecins nous avons fait acte d'assistance, de solidarité et de droit, puisque cette caisse n'admet que des médecins, que les tarifs sont plus d'un tiers moins élevés que ceux des compagnies d'assurance et qu'en versant sa prime, l'associé acquiert un droit absolu à une rente annuelle, après 60 ans d'âge et 10 ans de participation.

Je n'ai pas grand'chose à vous dire de la caisse en elle-même : vous recevez le « Concours médical » qui reproduit nos comptes-rendus. Vous savez par eux que nous sommes actuellement près de 300 membres et que l'actif de la caisse est de 324,000 fr. environ, enfin que les premières pensions seront délivrées en 1894. Ce chiffre de 300 peut vous paraître bien maigre en comparaison du nombre de médecins qui existent en France ; mais si vous tenez compte de l'insouciance proverbiale de nos *confrères pour leurs propres* intérêts, de leur ignorance des *bienfaits de l'assurance*, vous vous étonnerez au contraire d'avoir pu réunir tant d'associés.

Notre caisse est basée sur ce principe qu'à 60 ans d'âge, on donne une retraite de 1200 fr. après 10 ans de participation, à tout associé : le type de la prime est celui de *100* fr. versés annuellement par un médecin entrant à 25 ans ; ce qui donne 1200 fr. de rentes pour un capital fourni de 3,700 fr. environ. Nous n'avons pu arriver à ce résultat qu'en admettant que tout associé venant à mourir son capital est acquis à la caisse. Le médecin qui s'assure court les risques et chances suivantes ; s'il meurt avant 60 ans, tout ce qu'il aura versé est perdu pour lui : s'il vit jusqu'à 63 ans, il aura recouvré en rentes annuelles son capital ; s'il vit au delà, il a des rentes malgré le recouvrement de son capital. Et même une combinaison peut lui assurer, s'il meurt, le recouvrement par ses héritiers de la somme versée : il suffit au confrère de contracter une assurance sur la vie à une compagnie quelconque pour, en cas de mort, laisser à ses héritiers la somme de 3,700 fr.

En résumé, en supposant qu'un médecin entre dans l'association à 25 ans, il paiera une prime annuelle de 100 fr., ce qui à 60 ans d'âge donnera un capital versé de 3,700 fr. (ce capital peut être assuré à une compagnie, en cas de décès). A 60 ans, pour un capital de 3,700 fr., (qui, avec les intérêts composés peut être porté à 7,000 fr. environ), l'associé touchera 1,200 de rentes au lieu de 200 fr., intérêts de son capital placé à 4 %.

Vous voyez donc que c'est une véritable œuvre confraternelle qui a été fondée.

Je me tiens entièrement à votre disposition pour tous les renseignements complémentaires et quand, convaincu de la bonté de notre œuvre, vous aurez donné votre adhésion, je ne doute pas de votre zèle pour faire des prosélytes. Le médecin a le devoir, comme le militaire, le magistrat, les employés, les ouvriers, d'assurer ses vieux jours contre la misère, non pas en comptant sur la charité, mais sur un droit basé sur des contrats. (*Applaudissements.*)

V. L'Assemblée générale du Concours médical et de l'Union des Syndicats jugée par le Correspondant du Journal « The Lancet ».

« Nous reproduisons ce compte rendu à titre de renseignement sur les impressions d'un étranger admis à nos discussions professionnelles. Elles sont nécessairement bien incomplètes et néanmoins elles sont instructives, lorsque le correspondant, rendant compte d'une question, communique les réflexions qu'elles lui ont suggérées. — M. Smith jugera mieux le Concours et les Syndicats et leur portée, lorsqu'il connaîtra toutes leurs œuvres ».

« Dimanche dernier, 22 novembre, au Grand Hôtel, a eu lieu la 12e assemblée annuelle du Concours Médical et de l'Union des Chambres Syndicales Médicales de France. Le Concours Médical est une Société composée exclusivement de médecins qui compte actuellement plus de 3,000 membres, et a pour but de défendre les intérêts de la profession. Son *Conseil de Direction* constitue ce qu'en *Angleterre* nous appellerions un *Comité Parlementaire*, car sa tâche principale est de veiller à toutes les lois nouvelles sur l'exercice de la médecine et de prendre l'initiative de toutes les organisations qui intéressent la corporation. Il a ainsi formé dans les départements les syndicats médicaux et a réuni la plupart de ces syndicats de manière à constituer l'*Union des syndicats médicaux de France*. Une fois par an, généralement en novembre, des délégués de ces syndicats viennent à Paris, élisant le *Bureau directeur*, discutent les questions à l'ordre du jour, et s'entendent sur les mesures à prendre pour l'année suivante.

Cette organisation est due aux efforts du docteur *Cézilly*.

Aux termes du rapport présenté par le docteur *Maurat*, trésorier de l'Union, 42 sociétés, *Syndicats*

affiliés à l'Union, avaient payé leur cotisation et comptaient 1,100 membres,18 autres syndicats adhérents à l'Union n'avaient pas encore payé complètement leur *quote-part*. Le budget est suffisant pour la tenue des Assemblées, et pour la défense de la profession. A la Société appartient l'honneur d'avoir fait présenter à la Chambre un projet sur l'Assistance médicale des indigents. Les différentes clauses de cette loi ont été lues et les délégués ont discuté ce projet, article par article.

L'article 4 décide qu'un dispensaire sera établi dans chaque commune, ce qui a été considéré par les délégués totalement impraticable. Dans l'article 12, il est stipulé que le service médical dépendra du *Bureau de bienfaisance*, appelé désormais *Bureau d'assistance médicale*. Il y a une certaine importance à attribuer à ce changement de dénomination, le mot ancien impliquant l'idée de *charité*, tandis que le nouveau proclame le principe anglais de l'*assistance accordée comme un droit*. Au sujet de l'article 14 s'est élevé un long débat, car il s'applique à l'établissement de ce qu'en Angleterre on appelle le *rôle des indigents*, et il est très difficile de décider qui aura droit à l'assistance gratuite et quelles rétributions seront accordées aux médecins par les autorités locales, pour les soins donnés. L'assentiment presque général fut accordé au projet établissant que le bureau chargé d'examiner cette question devrait admettre le médecin délégué par ses confrères. On fit observer que, d'une part, on porte sur les listes les pauvres et souvent des personnes que l'on ne peut considérer comme pauvres, tandis que l'autorité locale s'efforce de diminuer les honoraires attribués au médecin pour cette assistance.

Les autorités soucieuses de maintenir leur popularité parmi leurs électeurs ne s'occupent pas de savoir combien de personnes réclament cette assistance, puisqu'elle ne grève pas davantage le budget local, C'est pourquoi on s'est efforcé d'obtenir du médecin son concours pour peu, ou même pour presque rien. Plusieurs délégués ont proposé que la taxe fût fixée par tête d'indigent inscrit. En ce cas, disaient-ils, les autorités réduisent bien vite le nombre des personnes assistées gratuitement.

Ce système, comme le dit le délégué de la Loire, a été adopté dans son département ; et il en résulte que le nombre d'indigents qui s'élevait auparavant à 18,000 n'est plus maintenant qu'à 14,000. Un autre docteur a même prétendu que chez lui le nombre d'inscrits gratuitement est descendu de 127 à 25, par suite de l'application du même système.

Le docteur Lassalle, de la Gironde, prétend que cela signifie seulement que les médecins donnent leurs soins aux pauvres sans aucune rétribution. Les pauvres viennent avec ou sans autorisation trouver le médecin qui ne peut guère leur refuser ses soins,et de ce qu'il ne réclame des honoraires, il ne faut pas en conclure qu'il sera payé. Quand le paiement n'avait pas lieu par tête, le docteur avait toujours à se plaindre de ce que la gratuité était toujours accordée à des personnes qui pouvaient parfaitement payer. Le sentiment général fut qu'il fallait laisser à chaque région le soin de choisir son genre d'assistance. Les Syndicats n'auraient qu'à veiller à ce que les honoraires attribués ne fussent pas par trop dérisoires.

Une autre question fut débattue : celle de savoir qui serait le médecin attaché au service des indigents. La majorité a opté en faveur de la liberté absolue : liberté pour le médecin, liberté pour l'indigent. Ce dernier pourrait choisir son médecin ; le médecin pourrait refuser ou accepter et réclamerait à l'autorité locale les honoraires dus pour chaque visite. On décida à l'unanimité que le *service vaccinal* serait rétribué tout à fait à part, comme un service public qui n'a rien de commun avec le traitement des indigents.

Le docteur Chaumier s'est alors élevé contre les impôts imposés aux médecins des établissements où ils donnent des soins gratuits. Enfin il a été décidé, pour l'obtention du diplôme, que la connaissance du grec et du latin resterait obligatoire.

L'*Assemblée* s'est ajournée après avoir élu le Bureau de l'Union pour l'année nouvelle.

Les mêmes délégués se sont ensuite réunis, avec d'autres confrères, pour l'assemblée annuelle du *Concours Médical*. On a alors exposé la situation de la *caisse de retraite médicale*. Le docteur Delefosse a déclaré que la caisse de retraite fondée par le Concours Médical, il y a six ans, tenait en réserve 324,000 francs répartis entre 258 membres. C'est peu, puisqu'il y a 15,000 médecins en France, mais c'est un commencement. L'organisation de la caisse part de ce principe que le médecin doit payer 100 fr. par an à 25 ans pour toucher à soixante ans une pension annuelle de 1200 fr.

La caisse des pensions est une œuvre de solidarité entre médecins ; ceux qui meurent jeunes arrachés à leurs travaux, auront aidé ceux que l'âge empêchera de travailler plus longtemps ; et cela n'empêche aucunement les assurances aux diverses compagnies. Mais il est à regretter que les médecins s'occupent si peu des avantages qu'ils pourraient en retirer.

On a examiné ensuite la question des honoraires attribués aux médecins appelés pour expertises médicales devant les tribunaux. Ces honoraires n'ont pas été fixés par une loi, mais bien par un décret ministériel de Brumaire 1811. Il serait à désirer que la loi confie aux docteurs le titre d'experts légistes et leur accorde, en cette qualité, des honoraires plus élevés. Le Ministre de la justice s'offre à effectuer ce changement, à la condition qu'il ne soit pas réclamé à la Chambre une augmentation de budget ; mais il s'est passé déjà beaucoup de temps depuis que cette promesse a été faite et cependant on n'a abouti à rien. On décide d'en appeler de nouveau à M. le Ministre de la Justice.

L'Assemblée a résolu d'appuyer la proposition de M. *Paul Strauss*, conseiller municipal de Paris, tendant à faire accorder par la ville une somme de cent mille francs, pour faciliter l'enseignement médical dans les hôpitaux ; ce qui serait d'un grand avantage pour les médecins de campagne qui souvent quittent Paris forts en théorie, mais ayant parfois peu de pratique.

Puis vint une intéressante discussion sur la situation des médecins de province vis-à-vis de l'hôpital de leur ville, où des commissions administratives donnent trop souvent des preuves de leur incapacité, et à ce sujet il a été donné communication d'une réponse faite par des autorités locales à un médecin ; réponse dans laquelle on trouvait ridicule de vouloir isoler les malades atteints d'affections contagieuses des autres patients ; les draps souillés ne devaient être changés que s'ils étaient vraiment trop sales,etc. Certains hôpitaux sont encore soumis aux règlements établis en 1804 et 1811. L'Assemblée propose que des règles nouvelles soient appliquées dans les hôpitaux de province et on a décidé de préparer un rapport à ce sujet.

La situation financière de la Société a été examinée, les membres du bureau nommés, puis on a levé la séance.

Dans un salon voisin, un magnifique banquet avait été préparé et les délégués et leurs invités se sont mis à table. Le grand avantage de ce banquet est de mettre les membres des syndicats médicaux en contact personnel avec les députés et sénateurs chargés de voter les lois qui intéressent la corporation médicale. Divers toasts furent portés par le docteur Cézilly, directeur du *Concours médical*, et par le docteur de Fourmestreaux, président de l'*Union des Syndicats*. Monsieur *Rey*, député, a répondu et repris le Projet de Loi que l'on avait discuté pendant la journée. Cette Loi impose à toutes les communes l'Assistance des indigents, ce qui jusqu'ici en France était absolument facultatif. Les assemblées départe-

mentales, M. Rey en est convaincu, sont animées d'un esprit libéral,et composées de bon nombre de médecins. Il est personnellement favorable au système du médecin libre, et du malade libre. La loi n'imposera pas, mais recommandera ce système ; il n'aime pas à voir le médecin devenir un fonctionnaire local, ce qui amènerait des complications politiques qui n'ont rien à voir avec l'*Assistance des Indigents.* Quel que soit le tarif appliqué pour le paiement des honoraires, il sera acceptable, car les médecins sont si mal payés qu'il vaut toujours mieux peu que rien.

M. *Trarieux*, sénateur, a exprimé sa vive sympathie pour les syndicats, qu'ils s'appliquent aux professions libérales ou aux unions d'ouvriers. Il regrette seulement que la loi, qui s'est occupée des syndicats d'ouvriers, ait oublié ceux qui réunissent les membres des professions libérales. Cette erreur sera bientôt réparée et il est à espérer que tous les praticiens de France se grouperont alors entre eux. Il faut réagir contre l'égoïsme individuel et proclamer le grand principe du « *chacun pour tous* ».

Les syndicats feront respecter et honorer l'exercice de la profession médicale ; en tenant en relations les médecins des campagnes avec ceux des villes, ils conserveront chez tous la dignité professionnelle. Divers autres personnages politiques prononcent des discours et le docteur Lécuyer porte alors un toast au Journal *La Lancette* et à son représentant.

(Nous avons reproduit son toast n° 49).

Après un discours plein d'humour du docteur *Lassalle* de Bordeaux, M. *Viger*,député, a montré comment il avait voué sa vie à la défense du paysan français et, à cet égard, il était heureux d'user de son influence pour améliorer le sort du médecin de campagne, l'ami du paysan.

Après une énergique protestation du correspondant médical du journal *La France*, contre les agissements du charlatanisme, on s'est séparé pour prendre le café et la soirée s'est terminée par un concert. »

REPORTAGE MÉDICAL

Les cours ont recommencé ; les étudiants saturés de *chimie*, de *physique* pourvus de tous leurs Baccalauréats, viennent apprendre la médecine et au lieu de leur enseigner l'anatomie, la physiologie et de leur montrer des maladies, on les oblige à dormir aux cours des sciences accessoires.

— HOPITAL BICHAT. *Clinique et thérapeutique médicales.* — M. le Dr Henri Huchard a commencé ses conférences le *Jeudi* 3 *décembre*, *à* 9 *heures* 1/2, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

A 9 heures 1/2, causeries cliniques et thérapeutiques à la salle Louis d'abord, et à la salle Bazin ensuite. A 10 heures 1/2, présentation de malades avec discussion sur le diagnostic et la thérapeutique.

— Un sieur *Mondon*, directeur d'un prétendu *institut Dynamodermique*, vendait, au Havre, des plaques à appliquer sur la peau. Le seul effet de ces plaques a consisté, en définitive, en une amende de mille francs pour exercice illégal de la médecine infligée par les magistrats du Havre au savant directeur qui signait ses consultations : Dr Monplaisir.

— La *Gazette médicale de Liège* reproduit les préceptes du *New-Orléans médical Journal*.

Fautes que le Praticien doit éviter.

1° Promettre qu'on guérira le malade.
2° Promettre qu'on fera sa visite à une heure fixe.
3° Promettre que la maladie ne reparaîtra plus.
4° Promettre qu'on peut rendre plus de services que son confrère.
5° Promettre que ses pilules ne sont pas amères et que son bistouri ne fera aucun mal.
6° Promettre que le frisson ou la fièvre ne seront plus aussi violents le lendemain.
7° Permettre que le patient indique le remède ou la méthode de traitement.
8° Se préoccuper des critiques ou des louanges des amis du défunt.
9° Exploiter un malade dont le cas est désespéré.
10° Faire étalage de ses instruments.
11° Se permettre des expériences ou étaler son adresse sans y être appelé.
12° Au cas d'une consultation, montrer par son extérieur ou ses actes, qu'on est mécontent et que, si on avait été mandé plus tôt, les choses auraient pris une autre tournure.
13° Se laisser aller à l'ivrognerie ! ! !
14° Se contenter uniquement des symptômes subjectifs pour son diagnostic.
15° Dire au patient qu'on lui prescrira du sucre blanc, tandis qu'on lui donne du calomel.
16° Donner au malade de l'arsenic ou de la quinine, quand du pain et de l'eau claire suffiraient.
17° Se permettre d'informer M. Smith des points faibles et des habitudes irrégulières de la famille Jones.
18° Donner ses services ou ses avis sans honoraires avouables, ou sans l'espoir d'une rétribution convenable.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

MM. les Drs Rousseau, à Conflans-Sainte-Honorine (Seine-et-Oise), présenté par le Dr Katz de Pontoise, Chuquet à Signy-le-Petit (Ardennes), membre du Syndicat de la Vallée de la Meuse; Dr Fournier,à Boiscommun (Loiret),présenté par M. le Dr Le Maux,de Beaume-la-Rolande ; Amodru, de Paris, membre du Syndicat d'Etampes ; Durand, de Ouques (Loir-et-Cher), membre de l'Association des médecins de Loir-et-Cher.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de MM. les Drs Sagnier, de la Grand'Combe, (Gard) ; Massaloup, d'Oran (Algérie) ; Sainton, de Chinon (Indre-et-Loire) ; Riou, de Challans (Vendée), tous quatre membres du Concours.

Nous sommes en retard pour faire part à nos lecteurs du décès de notre collègue en journalisme, membre du Syndicat de la presse médicale, M. le professeur agrégé *Bouchut*. Ses obsèques ont été suivies par une foule de confrères et d'amis. Né en 1818, Bouchut était médecin du bureau central et agrégé en 1853. Travailleur infatigable, il s'est occupé surtout des maladies de l'enfance. M. le professeur *Grancher* a prononcé son oraison funèbre et a rappelé les principaux titres de M. Bouchut, ses ouvrages, ses recherches de *cérébrascopie*, de tubage de la glotte, des signes de la mort, etc., etc. Nous adressons nos sincères compliments de condoléance à son fils, le Dr Bouchut, et à sa famille.

Les deuils s'accumulent dans le corps médical. La semaine dernière succombait, à 66 ans, M. le Dr *Féréol*,

médecin honoraire de la Charité, secrétaire annuel de l'Académie, homme excellent par les qualités de l'esprit et du cœur.

Dimanche mourait subitement à Lyon, M. le Dr *Léon Tripier*, professeur de Clinique chirurgicale, atteint d'aortite aiguë. M. Tripier laisse des regrets universels; il était âgé seulement de 49 ans.

Comblé de jours au contraire, a fini M. *Barthez*, le célèbre collaborateur de Rilliet pour le Traité classique des maladies des Enfants.

BIBLIOGRAPHIE

Étude sur le climat de Pau et du Sud-Ouest français, par le docteur E. Duhourcau (de Cauterets), lauréat de l'Académie nationale de médecine.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ECOLE DE MÉDECINE
4, rue Antoine-Dubois, 4

Libraire-éditeur du « **Concours médical** », la Société se charge de prendre tous les abonnements pour le compte de ses clients, de donner gracieusement tous renseignements sur devis d'impressions, ouvrages, etc. De plus, tous les genres d'ouvrages anciens ou nouveaux, médecine, science, littérature, voyages, etc., seront fournis aux membres du Concours médical avec une réduction de 20 % sur les prix marqués, frais de port et recouvrement, s'il y a lieu, à la charge du destinataire.

La *Société d'Editions scientifiques*, établie sur les bases de la **Mutualité**, a pour principe de partager par moitié, entre les Auteurs et elle, *tout bénéfice* résultant de la vente des ouvrages.

MÉDECINE HUMOURISTIQUE

Un médecin de campagne au XIXe siècle, par le Dr Jules Lafage. Un volume in-18 de 75 pages. Prix : 2 francs.

« Et c'est aussi pourquoi, été comme hiver, hiver comme été, le médecin rural s'en va continuellement chantant comme une cigale durant six mois, portant sous son bras, en guise de violon, sa trousse où se trouvent la clef des dents et la clef des champs tout ensemble. » Le lecteur ne regrettera qu'une seule chose : que le livre ne soit pas plus volumineux !!!

Pour les médecins. Causeries, par le Dr Grellety, médecin consultant à Vichy. In-8 écu de 300 pages, édition de luxe. Prix : 4 francs.

Extrait de la table des matières : Aux jeunes médecins qui débutent. — Les dîners médicaux. — La pudeur féminine. — La calligraphie médicale. — Education physique de l'enfant. — Le malthusianisme. — Vision posthume d'un médecin aquatique. — La virilité des diabétiques. — Dangers de la publicité criminelle. — Coup de balai nécessaire, etc.

Rabelais, médecin, écrivain, curé, philosophe, par Eugène Noel, bibliothécaire de la ville de Rouen, avec un portrait inédit de Rabelais, gravé à l'eau-forte par A. Esnault. Un volume in-18 raisin. Prix : 3 francs.

Cette remarquable édition, due à la plume d'un érudit, sera tout à fait à sa place dans la bibliothèque du praticien et du pharmacien.

MÉDECINE — MÉLANGES

Les Sciences médicales en 1889, rapports publiés par la Société de médecine pratique à l'occasion de l'Exposition universelle. Un beau vol. in-8° raisin, cartonnage à la Bradel, doré en tête. Prix : 8 francs.

On lit dans la préface de Dujardin-Beaumetz : « Montrer le progrès accompli dans le domaine des sciences médicales dans ces dernières années, exposer la direction nouvelle qui a été imprimée à ces sciences par les grandes découvertes de Pasteur et de son école, bien mettre en lumière l'impulsion qui a été donnée à l'ensemble de ces sciences, surtout dans le domaine pratique, tel est le but que s'est proposé, dans cet ouvrage, la Société de médecine pratique. »

Envoi franco par la poste contre un mandat.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Treizième année — N° 51 — 19 Décembre 1891

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Emploi du chlorhydrate d'hyoscine chez les aliénés.

MM. *Ramadier* et *Sérieux* ont employé le chlorhydrate d'hyoscine chez les aliénés de l'asile de Vaucluse. Ce médicament a déjà été étudié par MM. Gley et Rondeau en 1886, au point de vue physiologique, puis par MM. Mairet et Combemale (1887). En 1889, MM. Magnan et Lewolf, d'une part, MM. Lemoine et Malfilâtre, de l'autre, ont montré les services que ce sel pouvait rendre pour combattre l'agitation et l'insomnie chez les aliénés ; cependant, l'usage de ce médicament ne s'est pas répandu en France, malgré les avantages incontestables qu'il présente.

Le chlorhydrate d'hyoscine est un toxique des plus violents, agissant à des doses de un demi à un milligramme, suivant la susceptibilité du patient ; il exerce une action paralysante sur les nerfs d'arrêt du cœur, et produit sur la circulation périphérique une paralysie vaso-motrice se manifestant par une rougeur intense du visage et du corps, parfois des démangeaisons, une vive sensation de chaleur et aussi une légère ascension de la température. La salivation est très amoindrie, ainsi que la sudation. Le médicament s'élimine en nature par les urines et assez lentement. On observe souvent quelques nausées et parfois des vomissements.

L'action sur le système nerveux est très manifeste, que l'alcaloïde soit instillé sur la conjonctive, injecté sous la peau ou absorbé par la muqueuse de l'estomac. La dilatation de la pupille se produit avec énergie, et avec des doses moindres que pour l'atropine. De plus, on constate bientôt l'apparition d'une parésie généralisée, qui paraît plus accentuée aux membres inférieurs : le patient a de la peine à marcher, ses jambes sont lourdes et plient sous lui, les bras retombent le long du corps, la tête ballotte sur les épaules, les cordes vocales relâchées amènent une aphonie plus ou moins complète. Le sujet finit par s'affaisser complètement, la torpeur intellectuelle s'accroissant, il ne tarde pas à s'endormir.

Ces diverses indications ont fait employer le chlorhydrate d'hyoscine avec succès dans la chorée, la coqueluche, l'asthme, la rage convulsive, les tics convulsifs, la maladie de Parkinson. On l'a utilisé chez les morphinomanes, contre les sueurs profuses des mains et des pieds chez les hystériques et contre l'insomnie des vieillards.

C'est dans les états maniaques, dans les accès d'agitation intense, de quelque nature qu'ils soient, que le médicament a rendu les plus grands services : manie simple, délire alcoolique, délire épileptique, agitation consécutive à des troubles sensoriels très actifs, agitation de certains mélancoliques, excitation maniaque dans la paralysie générale, délires fébriles symptomatiques, délires hallucinatoires à forme maniaque.

Le mode d'administration le plus commode est la voie hypodermique : l'absorption est plus rapide, et l'on est sûr que tout le médicament a été introduit dans l'économie, ce qui est toujours problématique chez les aliénés avec l'emploi des potions.

Quant aux doses, elles varient avec les prédispositions individuelles. On tâtera d'abord la susceptibilité du malade au moyen des doses faibles de 1/3 de milligramme ou même 1/4, s'il s'agit d'un individu débilité. On pourra alors, selon les résultats obtenus, maintenir le malade à ces doses pendant quelques jours, ou aller jusqu'à 1/2 ou 3/4 de milligramme. L'accoutumance se produit à la longue, moins vite cependant qu'avec la morphine, et l'on atteint peu à peu 1 milligramme, 1 et 1/2 et même 2. Salgo a été jusqu'à 3 milligrammes, ce qui paraît exagéré.

Après l'injection d'une dose de 1/2 milligramme, on constate, au bout de 10 à 30 minutes, de la titubation, de la faiblesse musculaire, un grand calme intellectuel ; le sommeil apparaît bientôt. Le contraste entre l'aliéné bruyant, loquace, agi-

té, et le malade bientôt profondément assoupi et calme, est des plus frappants. Le sommeil se prolonge souvent pendant douze heures et le calme lui survit assez longtemps.

C'est donc un excellent palliatif des accidents paroxystiques plutôt qu'un médicament véritable de la manie. Dans les cas chirurgicaux, chez les aliénés agités ne voulant conserver aucun pansement, l'hyoscine rend d'inappréciables services.

Les lésions cardiaques, le mal de Bright, la pneumonie, la paralysie générale, la cachexie, n'ont pas paru être des contre-indications à l'emploi de l'hyoscine. Les accidents qui lui ont été attribués, délire, collapsus, relèvent dans une certaine mesure des impuretés de l'alcaloïde.

A l'asile de Vaucluse, MM. Ramadier et Sérieux, sur plus de deux cents malades, n'ont jamais eu à déplorer aucun accident.

Un traitement de la pneumonie par le calomel et la digitale.

Dans vingt cas de pneumonie franche, M. *Hershey* a institué le traitement suivant :

Au début, on administrait au malade 20 centigrammes de calomel ; puis d'heure en heure on lui faisait prendre une cuillerée à bouche d'une infusion chaude de digitale. Au bout d'un espace de temps variable de six à dix heures, il s'établissait chez tous les malades une diaphorèse profuse, et dans 12 cas sur 20, la température, à ce moment-là, est tombée au niveau normal ; chez les autres malades elle a subi un abaissement plus ou moins prononcé. Chez tous les malades on a constaté le signe caractéristique de la pneumonie, les crachats rouillés ; mais le peu de durée de cette variété d'expectoration était une preuve que la maladie se trouvait enrayée par le traitement.

D'après M. Hershey, l'infusion *chaude* de digitale exerce une action rapide sur le muscle cardiaque qui propulse le sang dans le territoire envahi par le processus morbide ; il s'établit ainsi des circonstances défavorables à la localisation pneumonique. L'action de la digitale se trouve renforcée par l'administration du calomel, médicament qui accroît la fluidité du sang. La température élevée de l'infusion de digitale appuie énergiquement l'action de ce médicament sur le cœur. La dose à employer est de 35 centigrammes de poudre de feuilles.

Aucun malade n'a présenté des phénomènes d'intolérance. Il importe cependant de surveiller la fonction circulatoire et de suspendre la médication lorsqu'il vient à se produire un ralentissement subit du pouls.

MÉDECINE PRATIQUE

Purpuras toxiques et purpuras infectieux.

Je viens d'observer à l'hôpital de la Charité où j'ai l'honneur de suppléer le professeur Brouardel deux cas qui peuvent être donnés comme des échantillons de ces deux types morbides.

L'un concerne un homme d'une quarantaine d'années qui depuis huit ans est atteint de purpura intermittent siégeant presque exclusivement sur les membres inférieurs. Dans le passé de ce malade on ne trouve pas de maladie infectieuse; c'est un marchand ambulant, qui n'est pas exempt d'alcoolisme, mais qui présente surtout des phénomènes dyspeptiques à forme gastro-hépatique : il a la face ordinairement plutôt pâle, mais, quand surviennent ses troubles dyspeptiques, ses pommettes et son nez se plaquent d'érythème et de dilatations veineuses en étoiles, il existe chez lui une dilatation de l'estomac et un foie lisse, presque indolent à la palpation, mais soumis à une tuméfaction périodique de façon à déborder le rebord costal de 2 à 5 travers de doigt. J'ai observé antérieurement cet homme dans le service de M. Bouchard où il a fait plusieurs passages ; il est remarquable que chez lui une poussée de purpura succède toujours à une recrudescence de dyspepsie et de tuméfaction du foie. Si le purpura se localise aux membres inférieurs, c'est sans doute parce que sa profession l'oblige à se tenir debout presque tout le jour ; mais, si le purpura apparaît, c'est non moins sûrement parce que, sous l'influence du mauvais fonctionnement de son estomac et de son foie, la composition de son sang devient périodiquement défectueuse ou les parois de ses vaisseaux plus friables. Il arrive qu'à certaines poussées de tuméfaction hépatique il existe de l'albuminurie, consistant en excrétion d'une albumine non rétractile, mais cette albuminurie n'est pas constante, tandis que le purpura semble l'être.

On peut dire que, chez les individus qui présentent des phénomènes analogues, le purpura est dyscrasique, qu'il est lié à la mauvaise crâse du sang, et de fait, quand on a un foie qui fonctionne mal, un estomac infidèle à sa tâche, l'absorption, les transformations et l'assimilation des albuminoïdes sont fatalement défectueuses. Mais on peut dire aussi que dans l'estomac dilaté se fabriquent des poisons, que la fonction dévolue au foie d'arrêter les poisons et de les détruire est inhibée, que le sang et le système nerveux sont imprégnés de ces poisons, et que par suite les dilatations vasculaires, les extravasations sanguines intra-dermiques sont d'ordre toxique.

Au fait précédent j'opposerai le suivant qui est d'ordre vraisemblablement infectieux : une femme pâle et de chétive apparence est entrée il y a une dizaine de jours à la Charité, salle Briquet, où elle est encore en traitement. Elle se plaignait d'une douleur d'un genou et d'un mal de gorge, et c'est sous la rubrique de rhumatisme avec angine rhumatismale qu'elle me fut présentée par l'externe qui l'avait d'abord examinée. Mais les caractères de l'angine n'étaient pas ceux de l'angine rhumatismale ; c'était une angine folliculaire avec exsudats primitivement cryptiques, qui d'abord distincts se fusionnèrent en un enduit d'aspect pseudo-membraneux, facile à détacher cependant par un léger frottement, mais se reproduisant quoique avec lenteur. Une ulcération assez profonde s'est même produite dans une des amygdales. L'arthropathie fut d'assez courte durée et caractérisée plutôt par de l'arthralgie que par de la tuméfaction ou de la rougeur. Mais ce qui me frappa, ce fut l'existence d'une éruption de purpura en pétéchies de dimensions variables et d'âges divers qui étaient disséminées sur les membres inférieurs, la région hypogastrique et les flancs, un peu sur la région lombaire et les bras. Les douleurs articulaires furent d'assez courte durée, mais l'angine est tenace, elle commence seulement à s'amender après plusieurs jours d'irrigations et d'attouchements détersifs et antiseptiques. Les poussées purpuriques se succèdent moins intenses ; elles sont accompagnées de taches simplement con-

gestives à forme d'érythème papuleux et même de tuméfactions qui rappellent l'érythème noueux à la face interne des tibias et qui sont peut-être dues à des embolies microbiennes. L'état général est mauvais, quoique la malade soit apyrétique. Il n'y a pas eu d'albuminurie. L'alimentation n'est pas seulement entravée par l'angine, il y a anorexie et profonde dépression nerveuse. Je reviendrai sans doute sur ce cas, dont l'évolution n'est pas terminée, mais j'en prends occasion pour rappeler les grandes lignes de cette question des purpuras.

Malgré de nombreuses tentatives pour élucider la pathogénie des purpuras et établir une classification nosologique satisfaisante, on n'est encore arrivé qu'à former quelques groupements légitimes d'après les analogies de certains caractères. Ainsi les hémorrhagies cutanées, véritables troubles trophiques survenant au cours d'affections diverses du système nerveux, auxquelles M. Faisans a consacré, en 1882, un travail très remarqué, constitue le groupe satisfaisant du *purpura myélopathique* (1), et des expériences de MM. Gley et Mathieu, après Lewaschew, ont montré que l'irritation du sciatique peut déterminer des taches de purpura.

Les purpuras *par intoxication* causés par l'iodure de potassium, le chloral, le chloroforme, le phosphore, le venin de certains reptiles forment aussi une catégorie très nette ; on en peut rapprocher certains purpuras par auto-intoxication, comme le premier cas dont je viens de parler.

Mais il reste toute une classe de purpuras qui paraissent devoir être rattachés à une origine infectieuse et dont plusieurs chercheurs ont déjà isolé certains types cliniques. A cette catégorie des purpuras infectieux appartiennent d'abord les hémorrhagies cutanées qui se montrent comme symptôme plus ou moins fréquent dans le cours d'une maladie infectieuse nettement définie : typhus exanthématique, typhus cérébro-spinal, fièvre jaune, fièvres éruptives à forme hémorrhagique (variole surtout).

Il existe encore des purpuras qu'on peut appeler infectieux primitifs, c'est-à-dire ressortissant à une infection non classée. L'observation d'angine avec arthropathie et purpura, que j'ai résumée plus haut, en est un type distinct dont je ne connais pas l'analogue, bien que j'aie déjà passé en revue dans un travail antérieur diverses publications faites sur ce sujet obscur (2).

M. A. Mathieu, dans un *Essai de nosographie générale sur les purpuras hémorrhagiques* (3), émettait l'opinion qu'on peut rencontrer le purpura hémorrhagique infectieux « indépendamment de toute contagion qui porte nom », faits déjà signalés par Rayer sous le nom de purpura febrilis, et par Alibert à propos des pétéchies. Ce sont, disait M. Mathieu, des infections innominées, dont les recherches de laboraroire, les cultures, les études microscopiques permettront peut-être un jour de fixer l'essence, mais à propos desquelles, jusqu'à plus ample informé, on ne peut qu'ébaucher la description de certains types cliniques. Il indiquait des cas où la marche est rapide, l'invasion fébrile rappelant celle des typhus et des fièvres éruptives, l'adynamie survenant d'une manière précoce en même temps que des hémorrhagies cutanées et viscérales, pour amener la mort dans les cas les plus graves en vingt-quatre à quarante-huit heures. Dans des cas plus atténués, à un embarras gastrique vulgaire en apparence succède une fièvre modérée. M. Mathieu notait une forme pseudo-rhumatismale, dans laquelle à des prodromes fébriles succèdent des douleurs et du gonflement des articulations, et un peu plus tard des ecchymoses et des hémorrhagies internes, cas dans lesquels M. Landouzy a trouvé une albuminurie abondante et M. Balzer des microbes dans l'urine. M. Mathieu rapprochait ces états pathologiques innominés des observations de puerpérisme, de pneumonies et de pleurésies, de blennorrhagies, de traumatismes de l'urèthre, de cystite purulente, de vaccine et d'impaludisme dans lesquels on a signalé le purpura hémorrhagique.

Dans une thèse d'agrégation (1), M. Du Castel n'avait pas trouvé nécessaire de créer un groupe à part pour les purpuras infectieux, et il avait englobé, soit dans les purpuras d'origine rhumatismale, soit dans ceux d'origine nerveuse, les divers types que M. Mathieu avait esquissés.

M. E. Gomot, la même année, consacrait, sous l'inspiration de M. Landouzy, sa dissertation inaugurale à la description d'une forme de purpura primitif qu'il proposait d'appeler purpura idiophatique aigu ou typhus angéio-hématique. Il insistait sur la nécessité de séparer le purpura-symptôme du purpura-maladie, de la fièvre purpurique, de même qu'on range dans deux classes bien distinctes les éruptions scarlatiniformes et la fièvre scarlatine. Il propose la dénomination de typhus angéio-hématique, voici pour quelles raisons : « Le premier terme s'explique par l'état de dépression du malade, dépression physique plutôt que morale et qui, dans certains cas, devient un véritable état typhoïde analogue à celui qu'on rencontre dans le typhus. Le second terme angéio-hématique est destiné à rappeler les altérations constatées par les divers observateurs soit dans la structure des parois vasculaires, soit dans la composition qualitative ou quantitative du sang. En l'employant, nous n'entendons nullement préciser la nature de la lésion, mais seulement indiquer son siège. » Bien qu'en plus d'un endroit de sa monographie M. Gomot laisse voir qu'il incline à considérer l'état morbide qu'il décrit comme de nature infectieuse, il n'attache nulle part catégoriquement l'étiquette d'infection à son typhus, angéio-hématique.

En 1888, les idées médicales avaient fait du chemin dans le sens de la pathogénie infectieuse ; aussi M. Martin de Gimard a-t-il pu, avec beaucoup plus d'assurance, intituler : *Du purpura hémorrhagique primitif, ou purpura infectieux primitif*, l'intéressante et très sérieuse étude qu'il a publiée alors. Le travail de M. de Gimard avait pour base deux observations qu'il avait recueillies à l'hôpital des Enfants-Malades comme interne de M. le professeur Grancher. Dans ces deux cas, le caractère particulier de l'affection fut l'apparition rapide de gangrènes étendues dans les points où s'étaient faites les hémorrhagies ; dans l'un, la guérison fut obtenue au prix de l'élimination totale des parties gangrénées avec une interminable cicatrisation et d'effroyables délabrements ; dans l'autre, la mort survint au milieu

(1) *Purpura myélopathique.* Thèse de Paris, 1882.
(2) *Union médicale*, 1888.
(3) Thèse de Paris, 1883.

(1) *Des diverses espèces de purpura.* Paris, 1883.

d'un cortège ataxo-adynamique et permit à M. de Gimard de poursuivre ses investigations anatamo-pathologiques et microbiologiques.

En relevant dans les auteurs les faits de purpura primitif et d'après ses propres observations, M. de Gimard a constaté que, le plus souvent, l'interrogatoire le plus minutieux ne peut donner aucun renseignement de nature à expliquer l'apparition du purpura hémorrhagique ; il peut survenir à tous les âges, mais il est particulièrement fréquent chez les enfants et les sujets jeunes. On ne peut affirmer qu'il puisse régner épidémiquement, mais il est certain qu'il apparaît à certains moments avec une fréquence très frappante, et c'est une recrudescence de ce genre qui a été vue à l'hôpital des Enfants-Malades où il est entré douze malades atteints de purpura d'avril 1887 à janvier 1888.

Le grand fait dans la maladie qui nous occupe est évidemment constitué par les hémorrhagies cutanées et muqueuses. Elles peuvent donner lieu à certains troubles réactionnels de voisinage, de nature inflammatoire ou vaso-motrice, consistant en des œdèmes blancs et durs, ou rosés et rouges plus ou moins étendus. Ensuite, c'est du côté du tube digestif que se font les manifestations morbides les plus intenses. En dehors des hémorrhagies provenant de l'estomac, de l'intestin ou de la bouche, on voit des vomissements quelquefois vraiment coercibles, non seulement alimentaires, mais bilieux, porracés, rappelant ceux des saturnins (Hutinel) ; et, comme dans certains cas les vomissements opiniâtres se montrent avant toute manifestation hémorrhagique, on a pu songer à une obstruction intestinale au début. La diarrhée peut être profuse ; la langue est blanche, la soif vive, exceptionnellement on a vu de l'ictère. Les troubles de l'appareil urinaire sont très importants. Indépendamment des hématuries, il peut y avoir une albuminurie d'intensité variable, *très intermittente*, attestant une inflammation congestive mobile, fugace, ayant beaucoup d'analogie avec les complications rénales de l'érysipèle, pouvant faire admettre avec MM. Renaut, Mollière et de Gimard qu'il se fait de véritables décharges rénales de microbes ou de poisons sécrétés par eux par les reins à chacune de ces poussées d'albuminurie. Les lésions cardiaques sont tout à fait exceptionnelles, et les poumons ne sont atteints que d'une congestion ultime.

Le retentissement sur le système nerveux n'est pas très intense en général. Si on excepte la possibilité rare d'une hémorrhagie cérébrale, on ne relève guère que des phénomènes congestifs du côté du cerveau (accidents pseudo-méningitiques) ou de la moelle (paraplégie transitoire). Le faciès des malades est celui d'anémiques, avec débilité et prostration. La fièvre est proportionnée à la gravité de l'attaque de purpura. La marche des accidents est des plus irrégulières ; il est rare qu'on n'observe pas plusieurs poussées successives séparées par des intervalles de quelques jours, de quelques semaines ou de quelques mois, comme si des micro-organismes restés dans l'économie repullulaient à plusieurs reprises avant d'être tous expulsés.

M. Martin de Gimard a pensé que, si le purpura primitif peut affecter des formes très différentes, on ne saurait aller jusqu'à faire de celles-ci des maladies complètement distinctes, car il existe entre ces diverses formes des cas intermédiaires qui en attestent la parenté. L'auteur décrit successivement une forme bénigne dont le type est la maladie de Werlhof, des formes beaucoup plus graves caractérisées par un état typhoïde ou par une marche suraiguë ; une forme pseudo-rhumatismale et enfin une qui est caractérisée par l'apparition de gangrènes.

La maladie décrite par Werlhof si anciennement sous le nom de *morbus maculosus* représente la forme bénigne par excellence du purpura; tout le tableau clinique se résume en des hémorrhagies cutanées et muqueuses se produisant sans fièvre et guérissant en quelques jours. Il est vrai que, depuis le médecin de Hanovre, on a donné le nom de maladie de Werlhof à des états bien plus graves et d'une symptomatologie plus complexe ; mais il est juste, historiquement, de n'attacher le nom de Werlhof qu'au type morbide simple qu'il avait eu en vue. Une question de diagnostic différentiel importante, est soulevée par le morbus maculosus apyrétique, c'est la confusion faite plus d'une fois avec les ecchymoses résultant de mauvais traitements et pouvant entraîner des conséquences graves au point de vue médico-légal.

Le purpura primitif à forme typhoïde correspondrait aux cas dont M. Mathieu avait déjà esquissé l'histoire et au typhus angéio-hématique de M. Gomot. Il faut naturellement ne porter ce diagnostic qu'après s'être assuré qu'il ne s'agit pas de fièvre typhoïde compliquée de purpura. Les taches rosées, la marche de la température, la nature de la diarrhée, sont les principaux pivots de ce diagnostic.

M. de Gimard a isolé, sous le nom de forme suraiguë, des cas où les malades succombent non plus en quelques semaines, mais en quelques jours, peut-être en quelques heures. Dans ces cas, on a pu agiter la question d'empoisonnement par le phosphore, par exemple ; il est donc important d'en connaître l'existence.

Le purpura à forme gangréneuse mérite une mention particulière. Dans cette forme, l'hémorrhagie cutanée présente une étendue généralement considérable ; la large infiltration du tégument par le sang trouble sa nutrition et doit faire craindre sa mortification. Le sphacèle présente des degrés nombreux depuis la simple desquamation épidermique jusqu'à une gangrène, qui atteint non seulement toute l'épaisseur des téguments, mais les muscles et les os eux-mêmes. On est alors en présence d'un tableau qui ne ressemble plus, au premier abord, au purpura hémorrhagique. On constate des infiltrations sanguines massives qui donnent aux parties l'aspect noir, le refroidissement de la mortification ; elles se recouvrent de phlyctènes. Il paraît bien que cette forme est la même que Charron (de Bruxelles) et Henoch (de Berlin) ont décrite sous le nom du purpura fulminans (foudroyant). Les parties noires et refroidies avaient toute l'apparence de la gangrène, mais n'en avaient pas l'odeur ; probablement parce que la mort s'est produite trop rapidement pour que les parties sphacélées aient eu le temps de se putréfier.

Il y a, en effet, deux périodes successives dans ces gangrènes purpuriques ; dans la première, n'étant plus alimentés suffisamment par suite du trouble qu'apporte à la circulation l'infiltration sanguine, les tissus se mortifient ; puis il se fait un envahissement de ces tissus par les organismes

de la putréfaction, d'où l'odeur caractéristique. Enfin, dans une dernière période, quand le malade survit, un sillon d'élimination s'établit, et les parties mortifiées se dessèchent et sont expulsées.

Dans un de ces cas observés par M. de Gimard et dont j'ai suivi avec lui l'évolution,à cette époque, on ne peut que difficilement se faire idée des effroyables délabrements qui succédèrent à l'élimination des parties sphacélées. L'enfant perdit la plus grande partie des téguments des membres supérieurs, une partie de ceux des membres inférieurs, la presque totalité d'une joue et des lèvres. Au bout de six mois, la cicatrisation des immenses plaies n'était pas terminée, malgré des greffes avec la peau de grenouille ou l'épiderme humain.

Il faut noter la facilité avec laquelle se produit la gangrène chez les purpuriques à l'occasion d'un traumatisme insignifiant, tel que la pression des dents sur les lèvres et la face interne des joues. On a vu aussi l'infiltration hémorrhagique, sous et dans la muqueuse du tube digestif, produire des ulcérations gangréneuses plus ou moins étendues dans l'intestin. Le pronostic de ces vastes purpuras gangréneux est à coup sûr très grave. Il n'est pourtant pas nécessairement fatal, mais la guérison laisse malheureusement après elle des cicatrices si étendues que leur rétraction donne lieu à des troubles fonctionnels et engendre des infirmités plus ou moins graves, ectropion, atrésie buccale, déformation de la main en griffe, position vicieuse permanente des divers segments d'un membre, que la chirurgie seule pourra quelquefois améliorer.

La forme *pseudo-rhumatismale* du purpura, que M. Mathieu avait classée dans les purpuras infectieux, celle que M. Du Castel rattachait au rhumatisme vrai accompagné de purpura, serait susceptible des deux interprétations.

Quand il s'agit de malades présentant des antécédents rhumatismaux nets, non seulement héréditaires, mais personnels, « si les accidents articulaires sont survenus à la suite d'un refroidissement ; s'il y a eu, au début, une angine présentant l'intensité habituelle à l'angine rhumatismale ; s'il y a des sueurs abondantes comme pendant les attaques de rhumatisme ; si les phénomènes fluxionnaires du côté des jointures sont intenses, accompagnés de douleurs violentes ; si surtout il existe en même temps des manifestations viscérales, en particulier des signes d'endocardite ; si enfin le salicylate de soude vient rapidement à bout de la maladie, la nature rhumatismale de l'affection paraît bien manifeste ».

Mais, d'autre part, « quand un individu malade, qui n'a jamais eu aucune manifestation rhumatismale, dont les parents n'ont jamais eu de rhumatisme,est pris en dehors de tout refroidissement de purpura auquel s'ajoutent des troubles articulaires ; quand on ne constate durant le cours de la maladie aucune manifestation cardiaque imputable à une endocardite ; quand il n'y a aucune sudation; que l'action du salicylate de soude est nulle, que les phénomènes articulaires coïncident avec les poussées purpuriques, qu'autour de ces articulations fluxionnées il se rencontre des taches purpuriques apparues en même temps que la fluxion articulaire ; quand, en outre, les phénomènes articulaires surviennent seulement à une époque tardive de la maladie, il est impossible de ne pas admettre qu'il s'agisse d'une simple localisation du processus morbide (purpura infectieux) sur les jointures (pseudo-rhumatisme infectieux et non-coexistence du rhumatisme). On a constaté, à l'autopsie, des épanchements, soit séreux simples, soit hémorrhagiques, soit purulents, par transformation de l'hémarthrose primitive. Cliniquement, les phénomènes peuvent varier beaucoup d'intensité, depuis une légère congestion peu douloureuse avec peu de gonflement, ou un gonflement et un œdème péri-articulaire notables ou une distension considérable de l'article avec vives douleurs. Quelquefois très fixes, en général ces arthropathies procèdent par poussées intermittentes comme les autres manifestations de la maladie.

Des faits de Puech, de Brieger, de Byrne prouvent que la gravidité aggrave beaucoup le pronostic du purpura, qui peut déterminer des métrorrhagies abondantes, des hémorrhagies profuses après la délivrance, et fréquemment l'avortement par formation d'infiltrations hémorrhagiques dans le placenta (Philips). En outre, la transmission de la maladie au fœtus est attestée par une observation de Dohrn : la mère avait eu du purpura pendant les dernières semaines de sa grossesse, mais les taches avaient disparu complètement avant l'accouchement ; or, l'enfant naquit avec d'abondantes taches purpuriques, et la couleur encore vive de quelques-unes prouvait qu'elles s'étaient produites peu avant la naissance ; on peut admettre qu'au moment où la mère entrait en convalescence, pendant les dernières semaines de la grossesse, l'enfant avait contracté la maladie ; il se fit encore deux petites ecchymoses nouvelles du deuxième au cinquième jour après la naissance ; elles étaient toutes résorbées au deuxième jour.

M. de Gimard a vu non sans raison, dans cette transmission du purpura de la mère au fœtus, un puissant argument en faveur de sa nature infectieuse. A l'autopsie, à côté des lésions hémorrhagiques, on en trouve d'inflammatoires, et ces lésions rappellent celles des maladies infectieuses.

Quelles sont les constatations bactériologiques relatives au purpura ? Dans les examens microscopiques qu'il avait pratiqués sur un enfant ayant succombé au purpura gangréneux, M. de Gimard avait trouvé dans les reins des foyers hémorrhagiques au centre desquels se trouvaient des amas de microcoques ; il a retrouvé des foyers microbiques semblables dans des taches purpuriques de la peau, dans les extravasats du tissu cellulaire sous-cutané, sous la muqueuse de l'estomac, de l'intestin grêle, dans des vaisseaux voisins de ces foyers hémorrhagiques et dont les parois étaient altérées par l'inflammation. Déjà M. Balzer avait constaté des microcoques, pendant la vie, dans le sang d'un malade atteint de purpura et, après la mort, dans le foie et divers organes. Il faut encore citer Klebs, qui avait trouvé, dans l'hémophilie des nouveau-nés, un micro-organisme qu'il appelait *monas hemorrhagica*. Penzold, Watson Cheyne, Wickham Legg, Reber, Ceci et Hlava, Pétrone ont rencontré aussi des micro-organismes soit dans le sang des malades pendant la vie, soit dans les organes à l'autopsie ; mais, les caractères qu'ils ont attribués à ces microbes (tantôt bacilles, tantôt microcoques) ne présentaient pas des garanties d'authenticité suffisantes.

Les recherches de M. de Gimard, conduites

d'une manière très correcte, avaient certainement fait avancer la question.

Dans le sang examiné pendant la vie, il avait trouvé les mêmes micrococques qu'il a constatés dans les taches purpuriques de la peau enlevée immédiatement après la mort. Avec le sang pris sur le vivant, il obtint dans différents milieux des cultures toujours constituées par un même microcoque dont il a bien précisé les principaux caractères qu'il serait oiseux d'énumérer ici. L'injection de ces cultures à des lapins, soit dans le tissu cellulaire, le péritoine ou les veines de l'oreille, a été suivie d'ecchymoses ; chez un des animaux, mort spontanément, existait une infiltration hémorrhagique très étendue sous le péritoine, des ecchymoses dans la capsule d'un rein et sur l'intestin. Chez les autres lapins, sacrifiés quelque temps après l'inoculation, se voyaient des ecchymoses à la surface des muscles de la cuisse. M. de Gimard expliquait ainsi la pathogénie des accidents : « Au niveau des taches purpuriques, les vaisseaux seraient obstrués et enflammés par des colonies de microcoques et, autour de ces vaisseaux, il existerait une réaction inflammatoire caractérisée par la présence de nombreux leucocytes ; c'est à la périphérie de ces foyers que se produiraient les hémorrhagies, vraisemblablement dues à une congestion d'une part mécanique, et surtout inflammatoire. »

Depuis cette époque, des recherches nouvelles ont été faites. On a trouvé des purpuras causés par des staphylocoques, des streptocoques, des pneumocoques et il paraît probable que dans des conditions spéciales plusieurs microbes peuvent, par leurs sécrétions modifiées, produire du purpura.

M. Claisse, interne à la Charité, a relaté un fait qui peut se résumer ainsi : endocardite à pneumocoques évoluant sur d'anciennes végétations d'endocardite rhumatismale. Embolies cutanées se traduisant par des taches purpuriques. Néphrite à pneumocoques, et enfin pneumonie terminale survenant plusieurs jours après les premières déterminations pneumococciques et amenant la mort en quarante-huit heures.

A ce propos il fait remarquer que parmi les auteurs qui ont étudié le purpura infectieux, les uns y décrivent des micro-organismes qu'ils considèraient comme spéciaux à cette affection, d'autres y retrouvent des microbes déjà connus, comme le streptocoque et le stapbylocoque pyogène.

Mais ces derniers sont les plus nombreux : Reher trouve le staphylocoque pyogène dans des septicémies hémorrbagiques à point de départ pharyngé. Hlava étudie un cas analogue. Guarneri isole un streptocoque du sang d'un malade dont l'infection hémorrhagique présentait les caractères du scorbut. Vassale trouve dans le sang et les organes d'un malade mort de néphrite avec manifestations purpuriques un streptocoque et un bacille particulier. MM. Hanot et Luzet ont étudié un cas de purpura à streptocoques.

D'autres auteurs trouvent dans les purpuras infectieux des variétés microbiennes nouvelles. Le monas hæmorrhagica de Klebs n'est plus admis. Petrone signale des microcoques ovalaires très réfringents et mobiles. Il reproduit expérimentalement les hémorrhagies. M. Martin de Gimard, dans le sang et sur les coupes de la peau prise aussitôt après la mort observe un microcoque particulier. Tizzoni et S. Giovanni font une étude très complète d'un bacille nouveau. Letzerich décrit un bacille particulier, le *bacillus purpuræ hæmorrhagicæ* qui se trouve surtout dans les capillaires du foie et détermine des embolies cutanées.

Parmi tous ces microbes on ne trouvait pas le pneumocoque. Dans une leçon faite en 1890 à l'hôpital des Enfants, M. Hutinel a fait l'étude clinique et bactériologique d'un cas de purpura survenant au cours d'une pneumonie accompagnée d'endocardite et de méningite.

M. Claisse dans son cas a retrouvé le pneumocoque sur les coupes de la peau au niveau des taches purpuriques, sur celles du rein, de l'endocardite, de la rate. La preuve a été complétée par l'inoculation à la souris et par les cultures.

Il paraît donc ressortir du fait de M. Hutinel et de celui de M. Claisse que les taches purpuriques peuvent, dans certains cas, être causées par des embolies de pneumocoques.

P. Le Gendre.

HYGIÈNE PUBLIQUE

I. — Service de désinfection à Paris.

En réponse au mémoire du Dr A. G. Martin sur les moyens de désinfection en usage à Paris et sur les causes du conflit existant à ce sujet entre la Préfecture de police et la Préfecture de la Seine, M. le Dr Moutier, dans la séance du 28 juillet 1891, propose de poursuivre cette étude et de la compléter par celle du transport des contagieux ; car, remarque M. le Dr Chautemps : « ces deux services de la désinfection et du transport des contagieux, se trouvent dans des conditions analogues et le même malentendu pèse sur eux ».

En 1880, sur la demande du Préfet de Police, le conseil municipal décréta la création d'un service de voitures spéciales pour le transport des contagieux. La direction en fut confiée à la Préfecture de Police et deux stations de ces voitures furent immédiatement installées à l'Hôtel-Dieu et l'hôpital Saint-Louis.

Une certaine publicité fit bientôt connaître au public la création de ce nouveau service, et s'il laisse encore à désirer sous plus d'un rapport, c'est parce que le crédit qui y est affecté est loin d'être suffisant.

Pour obtenir l'envoi d'une de ces voitures au domicile du malade, nous répétons qu'il suffit de présenter au poste central de police de son arrondissement un certificat médical mentionnant le nom de la maladie.

En 1884, époque où le choléra faisait de nouveau son apparition, la Préfecture de Police établit un service pour la désinfection à domicile des chambres, et meubles du malade. Ce service fonctionne toujours et il est assuré par une somme de 2,000 fr. fournie par l'Etat. Les commissaires de police doivent, dans chaque quartier, être avertis télégraphiquement des cas d'affections contagieuses ayant entraîné ta mort du malade ou nécessité son transport à l'hôpital. Aussitôt ils proposent à la famille de faire pratiquer la désinfection à domicile ; sur un refus, ils doivent remettre aux parents du contagieux les produits nécessaires pour procéder eux-mêmes à cette opération.

Si ce système ne fonctionne pas toujours aussi parfaitement que l'exigerait la sûreté publique, il faut en accuser la multiplicité des occupations qui incombent aux commissaires de police. Cependant, malgré toutes ces imperfections, ce service offre de grands avantages à la population parisienne, et comme le constate M. le Dr Chautemps à la louange de la Préfecture de Police: « Elle a tiré tout le parti possible d'une institution qu'elle n'a pu améliorer. »

En 1877, le Conseil municipal ordonna la création de deux nouvelles stations de voitures pour le transport des malades contagieux, et d'une autre pour le transport aux étuves des objets, vêtements contaminés. Pour certains motifs particuliers, la direction de ces nouvelles créations fut confiée cette fois, non à la Préfecture de Police, mais à la Préfecture de la Seine. De là l'origine du conflit qui entrave encore aujourd'hui les progrès des services de désinfection à Paris.

Grâce aux crédits élevés dont elle disposait, la préfecture de la Seine établit immédiatement deux services de voitures. Ces voitures doivent servir non seulement au transport des malades contagieux, mais aussi à celui de tout malade, dont l'état réclame son transport à l'hôpital. Cependant, nous nous hâterons de dire qu'à chaque maladie contagieuse est affectée une voiture spéciale et qu'il n'y a pas lieu de craindre la contamination d'un malade par un autre.

Nous dirons et répéterons encore que des étuves de désinfection sont établies dans un certain nombre d'établissements charitables, asiles de nuit, par exemple ; et, grâce à la promptitude du transport des objets contaminés par les voitures spéciales, les dangers de contagion par la literie ou les vêtements peuvent être de beaucoup diminués.

Pour des motifs spéciaux, la Préfecture de la Seine a omis l'emploi des moyens de publicité de nature à répandre dans le public la connaissance de ses importantes créations. Qui plus est, on ne peut souvent trouver dans les bureaux dépendant de la Préfecture de la Seine, les renseignements désirés à ce sujet, on dirait vraiment que ces services sont devenus indifférents à l'administration qui les a installés.

Enfin une troisième institution entre en jeu : c'est celle de l'Assistance publique qui a vu installer sous sa direction les étuves de désinfection publique. Il est facile de comprendre, par cette division d'un service cependant si important, comment le fonctionnement en laisse tant à désirer, et pourquoi les progrès de l'hygiène publique sont si lents dans la capitale.

La seule solution possible et profitable serait la centralisation de tous ces services en une seule administration, la Préfecture de Police, par exemple ; qui, grâce aux commissaires de police dont elle dispose, serait plus apte à faire respecter l'application des lois sanitaires, que la Préfecture de la Seine elle-même.

Au résumé, le Dr Moutier réclame de l'administration qu'elle fasse au plus tôt toute la publicité désirable pour que ces services soient suffisamment connus du public et des médecins.

Le desideratum exprimé par notre distingué confrère a, du reste, depuis, reçu un certain effet. La Préfecture de Police et la Préfecture de la Seine ont pris certaines mesures de publicité, qui, nous l'espérons, seront enfin comprises du public médical, comme des malades pour lesquels les étuves et autres modes de désinfection ont été créés.

Docteur Morice (de Néris).

(*A suivre*).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Monsieur le Directeur,

Je vous remercie d'avoir bien voulu me communiquer la demande d'avis de M. le docteur de Labrousse. Je m'empresse de vous adresser une réponse aux questions posées par votre honorable correspondant.

Le concours des médecins peut être requis dans l'intérêt de la justice, soit en cas de flagrant délit, soit au cours d'une instruction.

Dans les cas de flagrant délit, la loi est formelle, elle autorise tous les officiers de police judiciaire, c'est-à-dire les commissaires de police, les maires et adjoints, les procureurs de la République et leurs substituts, les juges de paix, les officiers de gendarmerie, les commissaires généraux de police et les juges d'instruction à requérir une ou deux personnes présumées par leur art ou profession, capables d'apprécier la nature et les circonstances du crime ou du délit, (articles 43, 48, 59 et 50 du code d'Instruction criminelle.)

Dans la plupart des cas, le droit de requérir un homme de l'art est *facultatif* pour les officiers de police judiciaire. « Le procureur de la République se fera accompagner, *au besoin*, d'une ou deux personnes présumées, etc... » (art. 43). Et alors les personnes requises ne sont point tenues d'obtempérer à la réquisition, à moins que le réquisitoire ne vise le flagrant délit. S'il s'agit de mort violente, la loi est *impérative* et l'article suivant dit que le procureur de la République *se fera assister* d'un ou de deux officiers de santé.

Je n'ai pas besoin de rappeler aux membres du Concours médical la jurisprudence de la Cour de Cassation. Les médecins ne peuvent refuser d'obéir à la réquisition en cas de flagrant délit.

Mais ici se pose la question de savoir comment ils doivent opérer dans ce cas. Le médecin requis peut-il procéder seul ? Pourrait-il, par exemple, pratiquer une autopsie hors la présence d'un officier de police judiciaire ?

Nous trouvons la réponse dans le texte même de la loi : « Le procureur de la République *se* « *fera accompagner*, au besoin, d'une ou de deux personnes présumées, par leur art ou profession, etc.... (art. 43).

— « S'il s'agit d'une mort violente, ou d'une « mort dont la cause est inconnue et suspecte, le « procureur de la République *se fera assister* d'un « ou de deux officiers de santé, etc.... (art. 44).

Il suit de là que le médecin *accompagne*, *assiste* l'officier de police judiciaire, mais ne procède jamais seul. C'est pourquoi tous les auteurs qui ont traité la question décident que l'autopsie ne peut être pratiquée qu'en la présence du magistrat qui l'a ordonnée et même, s'il est possible, en présence de l'inculpé. (Massabiau, manuel des Parquets, n° 813, West n° 3.)

Le deuxième alinéa de l'article 44 porte : « Les « personnes appelées dans les cas du présent arti- « cle et de l'article précédent prêteront devant le « Procureur de la République le serment de faire

« leur rapport et de donner leur avis en leur hon- « neur et conscience. »

Le serment est requis à peine de nullité, et il doit, sous la même sanction, être prêté avant toute opération. A quel moment le médecin requis dans la circonstance citée par M. le docteur de Labrousse a-t-il bien pu prêter ce serment ?

Il est vrai que le Procureur de la République s'était fait remplacer par deux gendarmes, mais, en cela, il n'avait point observé la règle tracée par l'article 52 du code d'Instruction criminelle.

Nous lisons, en effet, dans cet article :

« Le Procureur de la République exerçant son « ministère dans les cas des articles 32 et 46, pour- « ra, s'il le juge utile et nécessaire, charger un « officier de police auxiliaire de partie des actes de « sa compétence. »

Or les officiers de gendarmerie ont seuls la qualité d'officiers de police judiciaire ; quant aux simples gendarmes, elle ne leur est point accordée par la loi ; ces militaires ne peuvent que recueillir des renseignements et dresser des procès-verbaux. Aussi a-t-il été jugé qu'un Procureur de la République ne peut déléguer ses pouvoirs à un sous-officier de gendarmerie. (Dalloz, voir Instruction criminelle).

Hors le cas de flagrant délit, le médecin ne peut être requis que par le juge d'Instruction et son concours n'étant pas alors obligatoire, il lui est loisible de le refuser ou d'y apporter des conditions, et dans ce cas encore, il ne doit pas procéder sans l'assistance d'un officier de police judiciaire délégué par le juge requérant.

Il est clair que si l'expert procédait seul, hors la présence de l'inculpé et d'un magistrat, son rapport perdrait singulièrement de son autorité. C'est pourquoi M. le procureur général Dauphin avait pu dire, le 3 novembre 1880, dans un discours de rentrée dont il n'avait pas suffisamment mesuré les termes :

« Les expertises se font sans lui (l'accusé) par « des hommes pour qui leurs opinions scientifi- « ques personnelles, des négligences inévitables « dans les opérations sans contrôle et la trop lon- « gue fréquentation des chambres d'instruction « sont autant de causes d'erreurs. »

Ce langage nécessita des explications de la part de M. le Procureur général qui déclara, dans une note officielle, « qu'il avait seulement voulu, « dans une étude théorique, reprocher à la légis- « lation criminelle, de ne pas placer, à côté des « expertises, un contrôle qui garantisse contre « toutes causes d'erreurs. »

Dans l'intérêt de l'accusé, de la justice et de la dignité de l'expert, il importe que le travail de ce dernier ne soit pas fait d'une façon mystérieuse et qu'il présente au moins la garantie de la présence d'un magistrat.

En résumé, j'estime que les médecins requis de procéder à une opération médico-légale doivent, même en cas de flagrant délit, répondre au fonctionnaire requérant : « Je suis prêt à déférer à vos réquisitions et *à vous accompagner* sur le lieu du crime ou du délit, mais je me refuse à toute opération qui serait faite hors de votre présence ou de celle d'un officier de police judiciaire délégué par vous, conformément à la loi. »

Veuillez agréer, etc.

DUBRAC.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles

Procès-verbal de la réunion du 10 avril 1891

La réunion obligatoire d'Avril a été pour le Syndicat Médical de l'arrondissement de Versailles un véritable jour de fête.

A quatre heures de l'après-midi la plupart de ses membres étaient réunis au siège de l'association, restaurant Lapérouse, quai des Grands-Augustins, Paris.

Le syndicat avait invité MM. les Sénateurs du département et les députés de l'arrondissement de Versailles, à la réunion et au banquet qui devait suivre. Cette démarche avait pour but de mettre en évidence devant nos élus du Parlement, les revendications des médecins, au moment où les Chambres vont être appelées à reviser la législation médicale.

La séance est ouverte à quatre heures.

Présents : MM. les Drs Chanu, Darin, de Fourmestraux, Giberton-Dubreuil, Christen, Groussin, Jeanne, Ledermann, Lemenant des Chesnays, Landry, Pinoau, Boyer, Gille-Bréchemin, Toussaint, Pannetier.

Empêchés et Excusés : MM. les docteurs Lécuyer, Midrin, Ribard, Surre, Loncle, Martin, Dobord, Tourneur et Ferrey.

MM. Gauthier (de Clagny) et Haussmann, députés, et un peu plus tard M. Maze sénateur, viennent s'asseoir au milieu de nous et discuter nos intérêts avec les preuves de la sympathie la plus vive et la plus sincère.

De plus, nos excellents confrères, MM. les docteurs Leroy, ancien président de *l'Union des Syndicats*, Ribard, président du *Syndicat de Pontoise*, Gauthier (de Magny) président du *Syndicat du Vexin*, Diard, président du *Syndicat de Rambouillet*, Pasturaud délégué et ancien président du *Syndicat d'Etampes* arrivent des divers points du département, nous apportant leurs précieux avis et désireux de témoigner par leur présence de l'union du corps médical en Seine-et-Oise sur le terrain des intérêts communs.

Enfin, l'infatigable directeur du *Concours Médical*, l'apôtre zélé des réformes médicales pratiques, le lutteur toujours sur la brèche pour la défense professionnelle, M. le docteur Cézilly, s'est empressé d'accepter notre invitation et de prendre part, avec sa compétence exceptionnelle à la plus importante des séances du Syndicat jusqu'à ce jour.

M. le Dr de Fourmestraux, président, donne lecture des lettres fort aimables par lesquelles MM. les Sénateurs Journault et Decauville, ainsi que M. le Baron Hély d'Oissel, député, s'excusent de ne pouvoir assister à la réunion et promettent leur concours le plus dévoué devant les Chambres, à la défense des intérêts médicaux. Il remercie ensuite M. Gauthier (de Clagny) M. Haussmann, député, et M. Maze, sénateur, de la preuve de sympathie qu'ils donnent au corps médical en honorant de leur présence la réunion du Syndical.

L'ordre du jour appelle en premier lieu le résumé des revendications des médecins devant la nouvelle législation qui se prépare.

I. — En ce qui concerne l'exercice de la mé-

de cine, le syndicat médical de l'arrondissement de Versailles propose l'adoption pure et simple, du projet Chevandier. Il estime de plus que si pour compenser la suppression de l'officiat de santé, les Chambres sont conduites à faciliter l'accès au grade de docteur en médecine, il faudra s'appliquer à réduire les frais scolaires imposés aux candidats, mais ne pas abaisser le niveau moral et scientifique de notre profession par des dispenses de titres universitaires ou une diminution des programmes.

L'article 9 du projet Chevandier indique que tout médecin qui donne son concours à la justice, quand il en est requis, doit être considéré comme expert et qu'il y a lieu de reviser les tarifs d'honoraires fixés pour ces cas par le décret de 1811. Le Syndicat adoptant ce principe a voté dans sa précédente séance un projet de révision identique à ceux qu'ont formulés plusieurs autres Sociétés médicales, et entre autres *Le Syndicat de la Loire-Inférieure* et *L'Association générale des médecins de France*. Le projet voté par l'*Association générale* offrant même pour les médecins des avantages plus considérables, le *Syndicat de l'arrondissement de Versailles*, désireux d'ailleurs de ne pas voir se multiplier les propositions, ce qui pourrait prolonger la discussion devant les Chambres, déclare l'accepter dans son entier.

Le *Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles* a placé également au nombre de ses revendications la reconnaissance de l'existence légale des Syndicats médicaux. *MM. les députés présents* estiment comme M. le Dr Cézilly que dans l'intention des législateurs de 1884 il n'avait pas été fait à notre sujet d'exception préjudiciable, que l'esprit et même la lettre de la loi sur les Syndicats professionnels ont été méconnus par la Cour de Cassation quand elle a refusé aux membres des professions libérales le droit de se syndiquer, et qu'il y a lieu de demander à la Chambre actuelle de redresser l'injuste interprétation fournie par la magistrature.

II. — A l'heure où le gouvernement vient de prendre l'initiative d'une loi organisant l'Assistance publique dans les campagnes, le Syndicat estime qu'il faut se hâter de seconder les efforts de MM. Constans ministre de l'intérieur et Bourgeois, ministre de l'instruction publique dans la tâche qu'ils ont entreprise. Il prie donc MM. les députés et sénateurs du département de Seine-et-Oise d'appuyer tout projet qui consacrera les dispositions suivantes :

I. — Les communes, à défaut de la famille, doivent l'assistance aux nécessiteux malades qui y ont leur domicile de secours. Plusieurs communes peuvent s'associer en syndicat pour remplir ce devoir social.

II. — Il doit exister, dans chaque commune, ou syndicat de communes, un bureau d'assistance publique.

III. — Dans chaque département, le conseil général détermine par un règlement, au mieux des convenances locales, le mode de fonctionnement du service de l'assistance médicale aux indigents. Ce règlement doit être approuvé par le ministre de l'intérieur, après avis du conseil supérieur de l'Assistance publique.

IV. — Les communes, ou syndicat de communes, qui justifient remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers les indigents malades, peuvent être autorisés, par une décision spéciale du ministre de l'Intérieur, rendue après avis du conseil supérieur, à avoir une organisation spéciale.

V. — Chaque année, le conseil général fixe la part contributive des communes, dans les dépenses d'assistance de leurs *malades indigents*, et la part contributive du département.

Il doit tenir compte des ressources de chaque commune et du nombre d'indigents porté par elle sur la liste de ceux qui doivent recevoir gratuitement les secours médicaux et pharmaceutiques.

VI. — Les dépenses qui résultent pour les communes de l'application de l'article précédent, sont obligatoires et peuvent être imposées d'office, conformément à l'art. 149 de la loi du 5 avril 1884.

VII. — La liste des indigents admis à recevoir les secours médicaux et pharmaceutiques est préparée par le bureau d'assistance et arrêtée par le conseil municipal.

VIII. — Au cas où un département n'aurait pas, dans le délai fixé, organisé son système d'assistance, le gouvernement doit lui imposer d'office un règlement.

Il y a lieu d'organiser à cet effet un règlement modèle.

Les dépenses, résultant pour les départements de l'application du règlement fait par le conseil général ou imposé au département par le gouvernement, en exécution de paragraphe précédent, sont obligatoires pour lesdits départements et peuvent leur être imposées d'office dans les conditions de l'art. 61 de la loi du 16 Août 1871.

IX. — L'assistance médicale doit être organisée de telle sorte que chaque commune soit rattachée à un dispensaire ou à un hôpital. Les malades ne doivent être hospitalisés qu'en cas de nécessité.

X. — Il sera bien établi qu'il n'existe pas d'incompatibilité entre les fonctions de médecin chargé du service des indigents et celles de membre des Bureaux d'assistance publique ou de membre des commissions administratives des dispensaires, hôpitaux et hospices. Si en effet les médecins acceptent de continuer à être les principaux bienfaiteurs des indigents malades, par des soins qui seront toujours très peu rémunérés, ils ambitionnent avec raison le droit de leur être utiles encore par la connaissance spéciale qu'ils ont de leurs misères et de leurs besoins. Il en est de même en ce qui concerne les hôpitaux et autres établissements de bienfaisance, où le médecin regrette trop souvent de n'avoir pas été consulté quand il voit gaspiller l'argent contrairement aux règles de l'hygiène ou d'une charité bien entendue.

III. — M. le Dr Jeanne, reprend la thèse qu'il avait déjà développée à la réunion d'Octobre dernier, que pour reviser la législation médicale, il ne faut pas seulement régler l'exercice de la médecine suivant le projet Chevandier par exemple, mais encore inscrire dans un code les rapports du médecin avec la société, quand il s'agit de l'assistance publique, de l'hygiène publique, du concours prêté à la justice, etc., Toutes ces questions sont indissolublement liées entre elles, elles doivent être résolues en bloc ou du moins sans intervalle sérieux. De cette façon, le législateur donnera une évidente satisfaction non seulement aux intérêts honorables du corps

médical mais aussi aux intérêts généraux de la société tout entière qui ne se séparent pas des nôtres. Si nous réclamons de la considération et des rémunérations convenables, nous désirons aussi que les pauvres soient mieux assistés, que la santé publique soit protégée par des mesures sanitaires, par la guerre aux charlatans et à tout ce qui nuit aux précieuses existences de la patrie française.

M. le Dr Jeanne demande donc à M. le Dr Cézilly dont le zèle ne recule devant aucune initiative, s'il ne pourrait pas réunir sous forme de Mémoire les documents épars qui constituent ce code de législation médicale, de telle sorte que chacun des sénateurs et députés en eût un exemplaire à sa disposition. Le projet Chevandier, les amendements relatifs à l'existence légale des syndicats médicaux, les projets d'organisation de l'assistance publique dans les campagnes le projet de l'association générale pour la révision des tarifs médico-légaux, le projet d'organisation de l'hygiène publique déposé par M. Siegfried en 1886 et le rapport Chamberland qui concluait à son adoption, les projets de loi sur l'exercice de la pharmacie : tels seraient les principaux éléments de ce mémoire où les membres du Parlement trouveraient condensés les désiderata formulés par le corps médical.

M. le Dr Cézilly promet, avec sa bonne grâce habituelle, d'étudier le moyen de rédiger et publier cette sorte de Cahier des revendications médicales.

IV. — La présence de M. le sénateur Maze, dont la haute compétence en matière d'œuvres de mutualité est universellement reconnue, ne pouvait manquer de provoquer un débat touchant les rapports qui existent entre les sociétés de Secours Mutuels et les médecins. La plupart des confrères de l'arrondissement et même du département se sont plaints d'être absolument exploités sur ce terrain de la mutualité. Presque partout le chiffre de l'abonnement est à peine supérieur à celui du service des indigents, presque partout on admet dans les sociétés des commerçants, des patrons, des conseillers municipaux (1) qui ne rougissent pas de demander, sous cette forme, l'aumône de nos soins et oseraient l'exiger ; presque partout cette catégorie de faux indigents dirige les Sociétés, faisant de la philanthropie avec notre dévouement, de la charité avec notre argent, et de la politique à nos frais. On nous vote des blâmes en assemblée générale, on contrôle nos prescriptions ; et si nous protestons, on nous met à la porte, en arrachant à quelque confrère une soumission à un taux inférieur !

L'honorable sénateur n'a pas hésité, devant ce concert de plaintes, à nous promettre le concours de sa parole, de sa plume, et de son influence dans les sociétés de Secours-Mutuels, pour obtenir une situation plus digne au corps médical dans ces œuvres qu'il contribue plus que personne à enrichir et à développer.

L'ordre du jour appelait ensuite l'énoncé des résultats fournis par la nouvelle organisation du service des Indigents dans le département de Seine-et-Oise.

Il résulte de l'enquête faite à ce sujet que les médecins y ont gagné dans certaines régions, et perdu dans d'autres. Ils y ont gagné quand les communes ont maintenu leurs anciens crédits, ils y ont perdu lorsque les budgets municipaux se sont débarrassés de ces crédits, laissant au département la plus grosse part des charges à supporter.

Malgré les nouveaux sacrifices que s'imposera le conseil général et auxquels MM. Haussmann et Gauthier promettent leur adhésion, il continuera d'en être ainsi jusqu'au jour où la loi sur l'organisation de l'Assistance publique dans les campagnes obligera les communes à soigner leurs malades nécessiteux.

Le renouvellement du Bureau a terminé cette séance si bien remplie. MM. de Fourmestraux, Darin et Jeanne ont été réélus Président, Vice-Président et Secrétaire : M. le Dr Pannetier a été nommé Trésorier.

En quittant la réunion, MM. Maze, Gauthier et Haussmann, ont insisté de la façon la plus gracieuse et la plus formelle pour être tenus au courant de nos décisions, de nos travaux et de nos vœux, afin d'y conformer leur action dans les Chambres. Ils ont de nouveau exprimé le vif regret d'être empêchés *pour cette fois* d'assister à notre banquet.

La séance est levée à six heures.

A sept heures la plupart des membres du syndicat prenaient place à la table de famille à côté de MM. Cézilly, Leroy, Bibard, Diard et Gauthier délégués de l'*Union des Syndicats* et des autres *Syndicats de Seine-et-Oise*. L'entrain et la gaieté n'ont cessé de régner parmi les convives. Au dessert, M. le Président de Fourmestraux a porté la santé de nos hôtes en les remerciant d'avoir bien voulu venir prendre part à nos travaux et à notre petite fête. Puis M. le Dr Cézilly a développé avec sa clarté habituelle le système qu'il propose pour organiser entre médecins l'*Assurance contre la maladie*. Ce projet sera examiné par la commission spéciale dont quelques jours plus tard, M. Cézilly obtenait la nomination à la 31e assemblée générale de l'*Association des Médecins de France*, non sans avoir éprouvé de vives résistances de la part du Bureau de cette société.

Enfin M. le Dr Jeanne profitant de la présence des délégues des autres syndicats de Seine-et-Oise, boit à l'*Union des Syndicats du département* et à son ancien Président M. le Dr Gauthier (de Magny), dont la démission avait fait disparaître cette fédération pourtant si utile. M. le Dr Gauthier cédant alors avec la meilleure grâce au désir des confrères présents déclare retirer cette démission et se mettre de nouveau à la disposition de ceux qui l'avaient élu.

Et le banquet se termine sur ce nouvel acte d'entente et de solidarité professionnelles.

Le Secrétaire,
Dr JEANNE.

REPORTAGE MÉDICAL

En vertu d'une circulaire aux sociétés locales, le Conseil général de l'Association a fixé au 4 février l'élection du président, vacante par suite du décès de M. Henri Roger. Il a fixé également aux 24 et 25 avril 1892, l'assemblée générale de l'Association.

« A titre d'indication, dit la circulaire, pour ceux qui ont réclamé son avis et pour prévenir la dispersion des votes, le Conseil général fait savoir que la présidence intérimaire est confiée, depuis

un an, à M. le vice-président Lannelongue et reconnaît qu'aucun nom ne semble mieux désigné que le sien aux suffrages des membres de l'Association. »

Nous nous empressons de dire, qu'aucun choix ne nous paraît mieux indiqué ; les opinions politiques et l'esprit libéral de M. le professeur Lannelongue nous sont un gage assuré qu'il imprimera à l'Association générale une direction progressive et qu'il secondera de tout son pouvoir les œuvres destinées à compléter la mission d'assistance et de prévoyance que lui imposent ses statuts.

—Nous avons été invités récemment au banquet de la Policlinique, par le président de cette Association M. le Dr *Butte*. Une nombreuse assistance de médecins et de personnages politiques, députés, conseillers municipaux a pris place au magnifique repas servi au Lyon d'Or. M. le député Jacques en une allocution très entraînante et très applaudie, a fait ressortir les services rendus par cette institution, il a cité un chiffre à retenir : 21 mille visites ou consultations à des malades et en retour il a promis tout son appui à l'œuvre. Les conseillers municipaux présents ont assuré que la subvention de deux mille francs sera bientôt augmentée ; nous ne doutons pas des succès futurs de cette œuvre philantropique, dont tous les collaborateurs sont savants et dévoués.

— Nous signalons à nos lecteurs une très heureuse modification introduite par la Commission sénatoriale, à l'article 22 de la *loi Chevandier*. Le maintien de cet article était d'une importance extrême pour la poursuite de l'exercice illégal, par les syndicats.

Dans le premier paragraphe de l'article 22, ainsi conçu :

« Le délit d'exercice illégal de la médecine, de la chirurgie, de la pratique des accouchements et de l'art dentaire, *sera dénoncé aux tribunaux de police correctionnelle*, à la diligence du procureur de la République. »

Les mots en italiques ont été remplacés par la Commission sénatoriale par ceux-ci : « *sera* (le délit) *poursuivi devant les tribunaux correctionnels.* »

Le deuxième paragraphe de ce même article, ainsi conçu :

« Les médecins, dentistes, sages-femmes, les associations de médecins régulièrement constituées, intéressées à la poursuite, pourront la provoquer et se porter partie civile », a été modifié ainsi :

« Les médecins, dentistes, sages-femmes, les associations et les *syndicats de médecins*, régulièrement constitués, pourront poursuivre le délit ou le dénoncer et, s'il y a lieu, se porter partie civile. »

—M. le Dr *Moinet* vient d'être élu sénateur de la Charente-Inférieure.

Enseignement médical dans les hôpitaux

Cours et Conférences cliniques des médecins, chirurgiens et accoucheurs (année 1891-1892.)

HÔTEL-DIEU

M. *Bucquoy :* Conférences cliniques au lit des malades, vendredi, 9 h. — Maladies du cœur et des vaisseaux, mercredi, 9 h.

M. *Dumontpallier :* Gynécologie avec examen des malades, mardi, jeudi, samedi, 9 h.

M. *Proust :* Maladies du larynx, lundi, jeudi, 10 h. — Maladies nerveuses, mercredi, 10 h. — Clinique au lit des malades, vendredi.

M. *Ed. Labbé :* Clinique au lit des malades, mardi, samedi, 9 h. 1/2.

M. *Lancereaux :* Médecine générale. — Clinique au lit des malades, mercredi, vendredi, 8 h. 1/2.

M. *Tillaux :* Examen technique des malades par les élèves, samedi, 9 h.

PITIÉ

M. *Audhoui :* Exercices cliniques, lundi, vendredi, samedi, 9 h. — Clinique médicale et hydrologie clinique, mercredi, 9 h. 1/2.

M. *Albert Robin :* Thérapeutique clinique, lundi, samedi. 9 h. — Chimie pathologique, mercredi, 9 h. 1/2. — Leçons cliniques, jeudi, 9 h. 1/2.

M. *Polaillon :* Examen des malades, lundi, mercredi, vendredi, 9 h. — Opérations, mardi, jeudi, samedi, 9 h.

M. *Maygrier :* Clinique obstétricale, mercredi, 10 h. — Exercices manuels et opératoires, lundi, vendredi.

CHARITÉ

M. *Desnos :* Clinique médicale : Examen des malades, mardi, mercredi, 9 h. — Consultation : lundi, 10 h.

M. *Luys :* Maladies du système nerveux, samedi, 10 h.

M. *Desprès :* Chirurgie journalière. — Opérations et consultations, lundi, mercredi.

M. *Budin :* Clinique obstétricale, jeudi, 10 h. 1/2. — Cours théoriques d'accouchement (faits par M. *Bonnaire*), lundi, mercredi, vendredi, 10 h. 1/2 ; samedi, 4 h. 1/2.

SAINT-ANTOINE

M. *Letulle :* Maladies du foie et des reins, samedi 10 h. 1/2.

M. *Merklen :* Maladies du cœur et des vaisseaux, mardi, 10 h. 1/2.

M. *Brissaud :* Maladies générales et séméiologie, mercredi, 10 h. 1/2.

M. *Ballet :* Maladies du système nerveux, jeudi, 10 h. 1/2.

M. *Blum :* Clinique chirurgicale, lundi, vendredi. 10 h. 1/2.

M. *Hanot* (semestre d'été) : Clinique médicale, lundi, 10 h. 1/2.

M. *Gingeot* (semestre d'été) : Clinique médicale, mercredi, 10 h. 1/2.

M. *Tapret* (semestre d'été) : Clinique médicale, jeudi, 10 h. 1/2.

M. *le Médecin du Bureau central chargé du service d'isolement* (semestre d'été) : Clinique médicale, vendredi, 10 h. 1/2.

M. *Monod* (semestre d'été) : Clinique chirurgicale, mardi, samedi, 10 h. 1/2.

NECKER

M. *Rigal:* Conférences cliniques au lit du malade, mercredi, jeudi, 9 h. 1/2 ; spéculum, jeudi, 10 h.

M. *Rendu :* Clinique médicale, jeudi, 10 h.

M. *Horteloup :* Visite des malades et opérations, lundi, 9 h. 1/2 ; Conférences sur les voies urinaires et opérations, dimanche, 9 h. 1/2.

COCHIN

M. *Dujardin-Beaumetz* (service d'été) : Clinique thérapeutique, mercredi, 10 h. ; conférences thérapeutiques des maladies des enfants M. Le Gendre, médecin du bureau central, jeudi, 10 h.

M. *Schwartz :* Clinique chirurgicale, mardi, vendredi, 1 h. 1/2.

M. *Quénu :* Pathologie chirurgicale, tous les jours, 9 h. 1/2.

BEAUJON

M. *Théophile Anger :* Clinique Chirurgicale, mer-

credi, 9 h. 1/2. — Leçons cliniques et opérations de gynécologie, lundi, 9 h. 1/2.

M. *Ribemont* (à partir du 1er janvier 1892) : Leçons d'accouchement, samedi, 10 h. — Conférences au lit du malade, tous les jours, 9 h. 1/2.

LARIBOISIÈRE

M. *Duguet*: Clinique médicale, tous les jours, 9 h.

M. *Gouguenheim* : Maladies du larynx et du nez (cours clinique), mardi, samedi, 2 h. — Consultations, mardi, jeudi, samedi, 9 h.

M. *Raymond* : maladies nerveuses, samedi, 10 h. — Examen clinique, tous les jours 9 h.

M. *Landrieux* : Clinique médicale. — Gynécologie, mercredi, jeudi.

M. *Paul Berger* : Pathologie chirurgicale, tous les jours.

M. *Peyrot* : Clinique chirurgicale ; lundi, jeudi 9 h.

M. *Porak* : Cours théoriques et conférences cliniques sur l'obstétrique, tous les jours, 10 h. 1/2.

TENON

M. *Dreyfus-Brissac* : Pathologie clinique, jeudi, 9 h. 1/2.

M. *Cuffer* : Conférences de clinique infantile, vendredi, 10 h. — Séméiologie et clinique médicale, samedi 10 h.

M. *Moizard* : Conférences cliniques, samedi, 9 h.

M. *Oulmont* : Pathologie clinique. Maladies du système nerveux, mercredi, 9 h. 1/2.

M. *Faisans* : Maladies des voies respiratoires, mardi, 9 h. 1/4.

M. *Félizet* : Chirurgie infantile et orthopédie, mardi, jeudi. — Opérations tous les jours, 10 h.

M. *Richelot* (semestre d'été) : Gynécologie et clinique chirurgicales, lundi, 10 h.

M. *Reynier* : Clinique chirurgicale et gynécologie, vendredi, 10 h.

(*A suivre*).

CALENDRIER DE LA GROSSESSE

du Docteur **LINGRAND** (de Lille)

Janvier	**3**	**Juillet**	**4**
Février	**3**	**Août**	**3**
Mars	**5**	**Septembre**	**3**
Avril	**5**	**Octobre**	**3**
Mai	**6**	**Novembre**	**3**
Juin	**3**	**Décembre**	**4**

3 *partout, excepté* 5 *au tiers médium*, 4 *aux extrémités*, 6 *en Mai*.

A l'aide de ce petit tableau, le seul susceptible d'être gravé dans la mémoire, le Praticien ou la Sage-Femme comptent rapidement **9** mois de **30** jours, **270** jours après la terminaison des règles, auxquels on ajoute **7** jours au moins.

Pour arriver à **270** jours : partant de la fin des règles, reculer de **3** mois, puis reculer du nombre de jours indiqué sur le tableau en face du mois du dernier jour des règles.

Soit **24** Juillet, ce dernier jour :

24 Juin — **24** Mai — **24** Avril.

24 Avril moins **4** jours = **20** Avril = **270** jours.

Ajoutant **7** jours = **27** Avril = **277** jours.

Quand Février a **29** jours et que ce 29e jour est compris dans la grossesse, retrancher un jour de plus que l'indique le tableau. *Ainsi l'on aurait le* 26 *Avril*.

Pour une bonne approximation, au lieu de **7** jours, ajouter **7** à **17** jours, selon que les premiers mouvements perçus par la gestante indiquent une conception effectuée plus ou moins près de la dernière menstruation.

En général, un fœtus pesant moins de 6 liv. 1/2 peut être considéré comme né avant terme.

Nota. Février de 1892 à 29 jours.

Les calendriers de la gestation sont plus ou moins erronés, compliqués, trop absolus en présentant un seul terme, et ne peuvent être retenus par cœur. La plupart prennent pour point de départ le 1er jour des règles, qui cependant ont une durée variant de 1 à 10 jours. Le calendrier qui compte par séries de 5 jours arrive, en outre, à des termes moyens excessifs et contradictoires, 287, 288, 289, 290, 291 jours et ne tient pas compte de Février de 29 jours ; c'est le faux calcul réalisé mentalement par les gardes-couches, ajoutant 15 jours à 9 mois de l'année, qu'ils aient 28, 29, 30 ou 31 jours. Il ne faut pas de calendrier pour cela !

Le calendrier de Schultze part du début de la menstruation, ne peut se fixer dans la mémoire, ne tient aucun compte de la variabilité du terme probable de la grossesse, etc.

BIBLIOGRAPHIE

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Vient de paraître :

Thérapeutique clinique et expérimentale, par Quinquaud, Médecin des Hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine. In-8 carré de 350 pages environ avec figures. Prix : 10 francs.

Nous reproduisons in-extenso l'avant-propos de Monsieur le docteur Quinquaud qui continue la brillante série de travaux inaugurés par Claude Bernard.

AVANT-PROPOS

Le médecin doit faire tous ses efforts pour que la thérapeutique devienne une science exacte.

Afin d'arriver à ce résultat, il est nécessaire d'étudier l'action physiologique des médicaments en mesurant leur influence sur la nutrition chez les animaux et chez l'homme.

Dans ce volume de *thérapeutique expérimentale et clinique*, nous avons essayé de montrer comment on peut apprécier un agent médicamenteux.

La *thérapeutique appliquée* présente des difficultés considérables, qui sont en partie aplanies par la thérapeutique expérimentale et par la connaissance de l'état de la nutrition dans les maladies.

Il faut aussi se préoccuper de l'action des médicaments sur les microbes dans les conditions les plus variées.

Enfin, il est une source de substances modificatrices que l'on doit soumettre à des recherches multipliées, ce sont les corps qui dérivent de la vie microbienne. Nous consacrerons à cette étude un second volume.

QUINQUAUD.

Prix net pour MM. les membres du Concours médical 8 francs franco.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André

Maison spéciale pour journaux et revues.

Treizième année N° 52 26 Décembre 1891

LE CONCOURS MEDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Enseignement pratique de la médecine dans les hôpitaux de Paris.

A notre dernière Assemblée générale, parmi les vœux formulés, on en pouvait remarquer un relatif à l'organisation d'un enseignement pratique de la médecine dans les hôpitaux. Cette importante question, qui a déjà fait couler des flots d'encre, paraît en voie d'aboutir, si on en croit l'affiche collective sur papier blanc publiée par l'administration générale de l'Assistance publique à Paris et que nous avons commencé à publier dans le précédent numéro. On y lit que 76 cours portant sur la médecine, la chirurgie et les accouchements seront faits dans les hôpitaux parisiens en 1892. M. le Directeur général Peyron, en prenant l'initiative de cette annonce officielle, a commencé l'organisation de la réforme généralement demandée, et il en est félicité par tous les journaux médicaux ; nous joignons nos félicitations à celles de nos confrères.

M. Bourneville avait réclamé deux autres réformes: 1° l'allocation d'une indemnité à tous les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux qui font régulièrement des cours ; 2° l'installation de laboratoires communs dans chaque hôpital et la création d'un prosecteur d'autopsies. Notre confrère ajoutait le commentaire suivant à l'annonce du programme des cours et conférences pour 1892 : « Il reste encore 123 chefs de service en dehors du mouvement et qui, par conséquent, ne figurent pas sur l'affiche. L'an prochain nous apportera de nouvelles recrues. Quoi qu'il en soit, il y a là une émulation réelle qui ne manquera pas d'attirer sérieusement l'attention des étudiants et des médecins étrangers. Avant de se rendre en Allemagne et en Autriche, nous espérons qu'ils voudront se rendre compte de l'enseignement qui se fait à Paris et qu'après avoir constaté qu'il leur est possible, dans des conditions très avantageuses, de pouvoir perfectionner leurs études chez nous et qu'ils sont assurés d'y trouver des avantages au moins égaux à ceux qu'ils vont chercher ailleurs, ils nous demeureront fidèles.

« Il est bien des points qui mériteraient un examen détaillé. En premier lieu, il est regrettable que tous les professeurs, moins quatre ou cinq, aient choisi la matinée pour faire leurs leçons. Il y aurait un grand avantage à fixer des heures différentes et à multiplier les cours qui se font dans l'après-midi. Cela est contraire à nos habitudes actuelles, mais, pour attirer les étudiants dans les hôpitaux un peu éloignés du centre, il faudrait leur assurer en quelque sorte un emploi complet de leur journée. Il y aurait lieu aussi d'examiner s'il faut établir une sorte de droit d'entrée dans les hôpitaux, ou s'il convient de maintenir l'ancienne coutume de la gratuité. En tout cas, nous estimons que l'Administration doit laisser toute latitude aux médecins qui voudraient organiser des cours payants... »

En outre, M. le Directeur de l'Assistance publique vient d'adresser un *Mémoire* à son Conseil de surveillance sur l'enseignement clinique dans les hôpitaux. Dans son préambule, M. le Directeur analyse les rapports de MM. Rendu, Reclus, Budin, et le mémoire de M. Potain. Dans la seconde partie, il indique ses vues particulières. Suivant lui, « tout en respectant le principe de la répartition des élèves en groupes peu nombreux, il croit qu'il y aurait un grand intérêt à faire porter sur UN SEUL HÔPITAL la principale partie des sacrifices que la ville de Paris paraît disposée à s'imposer. Tous les chefs de service de cet hôpital devraient assurer une série de leçons cliniques médicales et chirurgicales, et des matinées de présentation de malades, suivant un roulement à établir... L'établissement choisi pour être le siège de l'enseignement clinique, subventionné par la ville de Paris, serait pourvu de laboratoires d'anatomie pathologique, de bactériologie et de chimie. Le service des autopsies serait fait régulièrement chaque jour par le chef du laboratoire d'anatomie. » M. le Directeur évalue à 20,000 fr. l'aménagement des laboratoires, à 15,000 fr. les dépenses d'instruments et d'appareils, et à 59,000 fr. la dépense annuelle. M. Bourneville voudrait que, loin d'être limitées aux médecins d'un seul hôpital, les libéralités du Conseil municipal soient généralisées à tous ceux qui ont fait leurs preuves.

La troisième partie du mémoire est consacrée à l'*enseignement obstétrical*. M. le Directeur se déclare partisan de cet enseignement et, après

mûres réflexions, il se dit prêt à autoriser la rétribution des maîtres par les étudiants.

La quatrième partie a trait à l'*enseignement clinique de l'hôpital Saint-Louis*. Il demande que tous les services de cet hôpital soient dotés d'un assistant qui rendrait de grands services surtout au point de vue du traitement externe des malades atteints d'affections cutanées.

Enfin, dans la dernière partie, M. le Directeur réclame pour l'*amphithéâtre d'anatomie* des hôpitaux la création d'un laboratoire de bactériologie et signale la nécessité d'augmenter le traitement des chefs de laboratoire.

La grippe à Paris.

M. *Comby* a observé, en novembre dernier, à la maison de retraite Chardon-Lagache, une épidémie de grippe assez grave. Sur 142 vieillards pensionnaires, 28 ont été atteints et 7 sont morts. Donc le cinquième de ces pensionnaires a été frappé et le quart des malades a succombé.

La gravité de l'épidémie a tenu surtout à l'état des individus qu'elle a frappés, c'est-à-dire des vieillards fatigués, affaiblis par l'âge, les infirmités, les maladies antérieures.

Dans tous les cas, le tableau symptomatique a été le même et a présenté quelques particularités. Le début était brusque ; le malade était pris de céphalalgie, de malaise, d'inappétence ; l'état saburral était très prononcé. En même temps, dès les premiers jours, chez ceux qui toussaient auparavant comme chez ceux qui ne toussaient pas, on trouvait des signes de bronchite et surtout une expectoration purulente très abondante. Quelques-uns présentèrent des signes de catarrhe suffocant. Les symptômes nerveux étaient peu accusés, et la température s'élevait rarement au-dessus de 39°. Cela tient, sans doute, à l'âge des malades et à leur état antérieur, la plupart étant des emphysémateux prédisposés aux localisations respiratoires de la maladie.

M. Netter a examiné les crachats recueillis à Chardon-Lagache. Le pneumocoque y fut trouvé constamment, quoique les malades fussent pour la plupart indemnes de pneumonie. Quatre seulement avaient des symptômes bien nets d'hépatisation pulmonaire ; tous les autres étaient atteints de bronchite suppurée. On pouvait donc s'attendre à rencontrer dans les crachats de nombreuses colonies de streptocoques ou les autres agents de la suppuration ; or, dans la plupart des cas, le pneumocoque était presque à l'état isolé. La grippe semble donc avoir exalté la virulence du pneumocoque.

L'épidémie de Chardon-Lagache ne s'est point étendue à l'institution de Sainte-Périne, qui est voisine et dont le personnel médical est le même ; elle ne s'est point non plus étendue à la population d'Auteuil. On ne prit cependant aucune mesure prophylactique. Comment la grippe a-t-elle pénétré à Chardon-Lagache ? Est-elle due à l'apport de nouveaux germes ou à la reviviscence de germes anciens laissés par l'épidémie de 1889-1890 ? On ne peut faire que des conjectures à cet égard.

Parmi le personnel de l'institution, une seule religieuse de 32 ans fut frappée. Dans ce cas, les symptômes furent bien différents. Chez elle, pas de coryza, pas de bronchite, pas d'expectoration ; début par une céphalalgie atroce, par du lombago, par un anéantissement complet, suivi de vomissements incessants, de telle sorte qu'on aurait pu songer à la variole, si la notion épidémique n'avait imposé le diagnostic de grippe.

Voici le traitement employé dans la plupart des cas : alimentation par le lait stérilisé et les potages, vin, potion de Todd, quinquina, café, etc. La quinine a été prescrite dans tous les cas à la dose de 1 gramme par jour ; l'antipyrine a été associée plusieurs fois à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme. La dyspnée était combattue par les inhalations d'oxygène, les ventouses sèches, l'éther. Le chlorhydrate d'ammoniaque, recommandé par M. Marotte, a été, dans plusieurs cas, très efficace ; il agissait favorablement sur le catarrhe bronchique et sur la dyspnée qui l'accompagne.

M. *Barié* a observé, lui aussi, à l'hospice des Ménages, une petite épidémie de grippe ; dans un grand nombre de cas, l'affection se compliqua de broncho-pneumonie. L'examen des crachats révéla presque toujours la présence, à côté du pneumocoque, des micro-organismes ordinaires de la suppuration.

D'ailleurs depuis quelques semaines nous observons d'assez nombreux cas de grippe tant à l'hôpital que dans la ville ; ils sont en général moins graves que ceux d'il y a deux ans. Mais on note l'intensité des phénomènes douloureux du début et des névralgies post grippales.

Phtiriase des paupières.

M. *Jullien* a relaté l'observation d'une malade atteinte de *phtiriase des paupières* (poux des cils). Cette maladie est fort rare, on en compte à peine un cas sur 5.000 malades dans les cliniques oculaires. Le pou siège tout à fait à la base du poil, le rostre et la tête enfoncés dans le follicule, présentant à la vue leur face postérieure.

Chez la malade de M. Jullien, il n'y avait pas de blépharite, pas même de rougeur, ni de démangeaison, mais la plupart des auteurs qui ont décrit cette affection ont noté une blépharite d'apparence eczémateuse et une ophtalmie chronique.

Le seul traitement rationnel consiste dans l'extirpation patiente de tous les parasites et de leurs œufs avec la pince à griffes. Une seule séance suffit pour obtenir une guérison complète et définitive.

J'ai vu moi aussi un cas de phtiriase des paupières ; les parasites étaient des pédiculi pubis !

REPORTAGE MÉDICAL

Enseignement médical dans les hôpitaux

(*Suite*).

LAENNEC

M. *Ferrand* : Thérapeutique clinique (Méthode des indications). vendredi, 9 heures 1/2. — Clinique élémentaire, mardi, 9 h.

M. *Landouzy* : Clinique et thérapeutique médicales, mercredi, 9 h ; jeudi 10 h.

M. *Nicaise* : Clinique chirurgicale, samedi, 10 h. — Clinique élémentaire, mercredi, 10 h.

BICHAT

M. *Henri Huchard* : Clinique et thérapeutique générales ; maladies de l'appareil respiratoire, jeudi, dimanche, 9 h. 1/2.

BROUSSAIS

M. *Barth* : Séméiotique élémentaire et propédeutique médicale, lundi, mercredi, vendredi, 10 h. — Clinique interne, mercredi, 10 h.

M. *Reclus* : Leçons sur les organes génitaux de l'homme, lundi, 10 heures.

SAINT-LOUIS

M. *Besnier* : Policlinique, petite chirurgie dermatologique, lupus, acné, etc., mardi, 9 heures. — Affections parasitaires, teigne, traitement des affections du cuir chevelu, mercredi, 9 h. — Clinique dermatologique et syphiligraphique, dimanche 10 h.

M. *Hallopeau* : Dermatologie et syphiligraphie, dimanche, 9 h.

M. *Quinquaud* : Dermatologie et syphiligraphie, lundi, samedi, 10 h. ; mercredi, jeudi, vendredi, samedi, 4 h.

M. *Tenneson* : Affections du cuir chevelu, lundi, 9 h. — Petite chirurgie dermatologique, mardi, 9 h. — Conférences cliniques dermatologiques, jeudi, 9 h. — Gynécologie ressortissant à la dermatologie, à partir du premier février 1892, samedi, 9 heures. — Cours de dermatologie théorique et pratique, à partir du 1er février 1892.

M. *Du Castel* : Conférences sur la dermatologie.

M. *Péan* : Clinique opératoire, samedi, 9 h. 1/2.

M. *Championnière* : Opérations et conférences cliniques, mardi, jeudi, 9h. — Cours et conférences de clinique chirurgicale.

M. *Bar* : Cours sur l'obstétrique, jeudi, 9 h.

MIDI

M. *Mauriac* (du 1er mai au 1er août 1892) : Affections vénériennes, samedi, 9 h. 1/2.

M. *Balzer* (du 1er mai au 1er août 1892) : Affections vénériennes, jeudi, 9 h. 1/2.

LOURCINE

M. *Pozzi* : Conférences de gynécologie, lundi, 9 h. 1/2.

ENFANTS-MALADES

M. *J. Simon* : Thérapeutique infantile, mercredi, 9 h. — Diagnostic et traitement des maladies infantiles, samedi, 9 h.

M. *Descroizilles* : Maladies infantiles, mardi, 9 h.: vendredi, 10 h.

M. *Ollivier* : Conférences cliniques, tous les jours, 9 h. 1/2; Pathologie et clinique infantiles, lundi, 9 h. 1/2; Policlinique des maladies de la peau chez les enfants, mardi ; Policlinique des maladies du système nerveux chez les enfants, samedi.

M. *d'Heilly* : Maladies infantiles, symptomatologie, diagnostic, traitement, mardi, 9 h.

M. *de Saint-Germain* : Chirurgie infantile et orthopédie, jeudi, 9 h.

TROUSSEAU

M. *Legroux* : Maladies de l'enfance, mercredi, 3 h. 1/2. — Consultations, mardi, vendredi ; lundi, jeudi.

M. *Sevestre* : Maladies de l'enfance.

ENFANTS-ASSISTÉS

M. *Kirmisson* : Du 15 avril au 15 juillet 1892 : Chirurgie orthopédique : Difformités du membre supérieur, de la tête et du cou, lundi, vendredi, 10 h.

SALPÊTRIÈRE

MM. *Joffroy* et *J. Voisin* : Maladies nerveuses et mentales, jeudi, 9 h. 1/2.

M. *A. Voisin* : En mai 1892 : Maladies mentales et nerveuses, dimanche, 9 h. 1/2.

M. *Seglas* : Séméiologie et diagnostic des maladies mentales, jeudi, 10 h.

M. *Terrillon* (en fév. et mars 1892) : Affections chirurgicales de l'abdomen et des organes génitaux de la femme, mercredi, 10 h. — Cours de gynécologie (faits par M. *Chaput*), mercredi, samedi.

Chronique judiciaire. — Un médecin vient d'être assigné devant le tribunal civil de Bruxelles, du chef d'avoir violé le secret professionnel en attribuant une mort très naturelle à des causes inexplicables. On lui réclame une somme de 25.000 fr. à titre de dommages-intérêts et les frais d'une large publicité du jugement à intervenir.

Voici les faits :

Il y a quelques mois ce praticien avait été appelé dans une importante commune des environs de la capitale, à l'effet d'assister à la délivrance d'une dame V., qui vint à succomber quelques heures plus tard.

Ému de cette mort brusque, qui lui paraissait inexplicable, il se rendit chez le bourgmestre, auquel il fit part de son étonnement et, après avoir fait ressortir le préjudice qui pouvait en résulter pour sa réputation scientifique, sollicita l'autopsie de la défunte. A la suite de nouvelles instances auprès du parquet, celui-ci délégua deux médecins-légistes qui intervinrent juste au moment où le convoi funèbre se dirigeait vers le cimetière. L'autopsie, à laquelle ils procédèrent immédiatement, démontra que la mort était due tout naturellement à une faiblesse de complexion de la défunte. Les commentaires n'en continuèrent pas moins leur train, au point qu'on alla jusqu'à soupçonner le mari d'avoir empoisonné sa femme. *Inde* assignation du mari.

BIBLIOGRAPHIE

Nous avons reçu un nouvel ouvrage sur l'hygiène des dents et de la bouche, du docteur A. Dam. C'est un traité sur la matière, destiné à la vulgarisation parmi les gens du monde, des soins à donner à la bouche et aux dents. Les médecins y trouveront d'utiles indications et des formules de dentifrices et d'odontalgiques très recommandables.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine

Viennent de paraître :

L'Education physique en Suède, par Georges Demeny, chef du laboratoire de la Station Physiologique (annexe du collège de France). In-8° de 105 pages. Prix : 2 fr. 50.

Thérapeutique clinique et expérimentale, par Quinquaud, Médecin des Hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine. In-8 carré de 350 pages environ avec figures. Prix : 10 francs.

Ce livre, le *plus intéressant peut-être de l'année médicale*, dont nous donnions l'avant-propos dans notre dernier numéro, renferme une étude sur le traitement du diabète sucré extrêmement complète, par exemple : Action de l'arsenic ; influence du régime sur la quantité du sucre éliminé et sur la polyurie ; action des pommes de terre sur le sucre éliminé ; action du vin ; influence des exercices sur le sucre des diabétiques ; action de l'eau chargée d'oxygène sur la glycosurie, etc., etc., etc.

Le Directeur-Gérant : **A. CEZILLY.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

ANNÉE 1891

Cette Table contient trois parties : I. Partie Scientifique. — Partie Professionnelle. — III. Bulletin de l'Union des Syndicats.

I

Partie Scientifique

A

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

II

Partie Professionnelle

(Consulter en outre, pour la plupart des questions professionnelles, la troisième partie résumant le BULLETIN DES SYNDICATS).

III

Bulletin de l'Union des Syndicats